



2026-02-27

# Sexuell hälsa vid hjärt- och kärlsjukdom

En resultatrapport om patienter och hälso- och sjukvårdspersonals behov och erfarenheter avseende sexuell hälsa vid hjärt- och kärlsjukdom.



Vi är vanliga människor med kanske ovanliga sjukdomar. Den sexuella hälsan är lika viktig för oss som för friska människor.

Anonymt fritextsvar, patientenkät

Datum: 2026-02-26

Dokumentnamn: Sexuell hälsa vid hjärt- och kärlsjukdom - En resultatrapport om patienter och hälso- och sjukvårdspersonals behov och erfarenheter avseende sexuell hälsa vid hjärt- och kärlsjukdom

Kontaktpersoner:

Elin Klingvall, Regionhälsan, Kunskapscentrum för sexuell hälsa

Telefon: 0700-207849

E-post: [elin.klingvall@vgregion.se](mailto:elin.klingvall@vgregion.se)

Tommy Pherson, Regionhälsan, Kunskapscentrum för sexuell hälsa

Telefon: 0722 – 10 32 85

E-post: [tommy.persson@vgregion.se](mailto:tommy.persson@vgregion.se)

## Sammanfattning

Denna rapport presenterar en undersökning som Kunskapscentrum för sexuell hälsa och Linköpings universitet har gjort av sambanden mellan sexuell hälsa och hjärt-kärlsjukdom, hur sexuell hälsa inkluderas i vården av patienter med hjärt- och kärlsjukdomar, samt vilka behov, önskemål och förutsättningar som finns hos patienter och hälso- och sjukvårdspersonal.

Rapporten innehåller en forskningsöversikt, samt resultaten från en nationell patientenkät och två workshoppar med hälso- och sjukvårdspersonal som arbetar med patientgruppen i Västra Götaland. Undersökningen visar att sexuell hälsa är en betydelsefull men underprioriterad del av vården för personer med hjärt- och kärlsjukdom. Patienterna beskriver att sjukdom och behandling påverkar deras sexuella hälsa och att de önskar att vårdpersonalen ger information och rådgivning om sexuell hälsa som en del av vården. Enkätstudien visar att endast 7 procent av patienterna (motsvarande siffra i VGR är 8 procent) rapporterade att de hade fått information från vårdpersonal, trots att 84 procent uttryckte en önskan om det (81 procent i VGR).

Hälso- och sjukvårdspersonal uttrycker en vilja att arbeta med området, men saknar rutiner, kunskap, material och tid, vilket leder till att sexuell hälsa tas upp oregelbundet och i hög grad beroende på enskilda medarbetare. Detta skapar en ojämlig vård där exempelvis kvinnors vårdbehov riskerar att uppmärksammas i lägre utsträckning.

Sammantaget visar resultaten att sexuell hälsa behöver integreras mer systematiskt i hjärtvården genom rutiner, utbildning och relevant patientinformation. Vidare behövs organisatoriskt stöd som gör det möjligt för personalen att ta upp frågan på ett tryggt och professionellt sätt.

## Innehåll

Sammanfattning .....	2
Innehåll .....	3
Inledning .....	4
Forskningsöversikt .....	6
Problemformulering och syfte .....	8
Metod och material .....	9
Patientenkät .....	9
Workshoppar med hälso- och sjukvårdspersonal .....	9
Resultat .....	13
Patientenkät .....	13
Workshop 1 .....	14
Workshop 2 .....	19
Diskussion .....	24
Slutsatser .....	26
Referenser .....	27
Bilagor .....	29

# Inledning

## Bakgrund

Kunskapscentrum för sexuell hälsa driver utbildningspodden [Sex på arbetstid](#). Den fokuserar på sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter och riktar sig till hälso- och sjukvårdspersonal. Under hösten 2022 initierades ett avsnitt med fokus på samband mellan sexuell hälsa och hjärt- och kärlsjukdomar. Trots att internationell forskning tydligt beskriver sådana kopplingar, framkom att svensk forskning och patientinriktad information inom området i stort sett saknades. Det visade sig också vara svårt att identifiera hälso- och sjukvårdspersonal eller forskare i Sverige med särskild kompetens inom ämnet. Detta bedömdes som anmärkningsvärt med tanke på att hjärt- och kärlsjukdomar drabbar en betydande del av befolkningen. Till skillnad från andra stora folksjukdomar, såsom diabetes och cancer, fanns det avsevärt lägre kunskapsunderlag och rådgivning kring sexualitetens påverkan vid hjärt- och kärlsjukdom.

## Samarbete med expertis

I sökandet efter kompetens etablerades kontakt med professor Tiny Jaarsma, Linköpings universitet, en av få forskare som studerat sambandet mellan sexuell hälsa och hjärt- och kärlsjukdom både nationellt och internationellt. Professor Jaarsma har bland annat deltagit i ett internationellt forskningsteam som tagit fram ett konsensusdokument för rådgivning till patienter och närstående vid hjärt- och kärlsjukdom samt medverkat i framtagandet av en riktad patientbroschyr i Nederländerna. Hon deltog även i avsnitt [#64 av Sex på arbetstid](#), publicerat i maj 2023. Under detta samarbete bekräftade Jaarsma den tydliga bristen på riktlinjer, informationsmaterial och kliniskt stöd inom området i Sverige.

## Genomförd nulägesanalys

Kunskapscentrum för sexuell hälsa och professor Jaarsma genomförde därefter en nulägesanalys. Arbetet omfattade

- en forskningsöversikt över aktuell nationell och internationell litteratur
- kontakter med relevanta aktörer för att identifiera befintliga rutiner, riktlinjer och informationsmaterial inom hälso- och sjukvården.

I oktober 2023 presenterades analysen för Samordningsrådet hjärta-kärl i Västra Götalandsregionen. Deltagarna instämde i att sexuell hälsa är en viktig del av vårdmötet, men bekräftade samtidigt att rutiner, riktlinjer och klinisk vägledning saknas. Flera av de närvarande läkarna uttryckte uppfattningen att frågor om sexuell hälsa i första hand

hanteras av sjuksköterskor eller inom Hjärtskolans verksamhet, och de rekommenderade vidare kontakt med Vårdprofessioner inom cardiologi, VIC.

## **Dialog med professionella nätverk och organisationer**

Kontakt togs därefter med VIC:s styrelse, som delade uppfattningen att sexuell hälsa sällan lyfts inom hjärtvården och att området är i behov av utveckling. De hänvisade till det enda dokument de kände till där ämnet berörs: Riktlinje för sekundärprevention vid kranskärlssjukdom – centerbaserad hjärtrehabilitering. Riktlinjens avsnitt 4.3.14 ”Sex och samlevnad” betonar vikten av att kunna tala om sexuella problem samt ger viss medicinsk vägledning, men utan att erbjuda strukturerad metodik eller praktisk handledning. Dokumentet hänvisar även till 1177, där motsvarande information saknades. Vid kontakt med ansvariga för den digitala Hjärtskolan, som används i Västra Götalandsregionen och ytterligare tio regioner, framkom att sexuell hälsa inte ingick i nuvarande utbildningsmaterial. Intresse uttrycktes dock för att inkludera området vid framtida uppdateringar. Kunskapscentrum för sexuell hälsa erbjöd sitt stöd i denna process.

Även Hjärt- och lungfonden samt Riksförbundet HjärtLung bekräftade att det finns tydliga kunskaps- och informationsluckor i både vården och inom deras egna organisationer. Båda aktörer uttryckte en vilja att bidra till arbetet med att stärka området.

## **Sammanfattande iakttagelser**

Genom nulägesanalysen och kontakterna med forskare och nyckelpersoner inom hjärtvården framkom en samstämmig bild: sexuell hälsa betraktas som ett viktigt område, men brist på riktlinjer, utbildning och kliniska verktyg medför att frågor om patienters sexualitet sällan inkluderas i vårdmöten. Det noterades även att vårdpersonal i hög grad förlitar sig på att patienten själv lyfter frågan, vilket riskerar att leda till att behov förblir oidentifierade.

Mot bakgrund av nulägesanalysen beslutades att vidare undersöka

- vilken information och rådgivning hjärt- och kärlpatienter faktiskt har fått samt vilka behov och önskemål de har
- vilka erfarenheter hälso- och sjukvårdspersonal i Västra Götalandsregionen har av att samtala om sexuell hälsa inom ramen för vårdmötet
- vilka organisatoriska, logistiska och personliga hinder som påverkar möjligheten att integrera sexuell hälsa i vården
- hur sådana hinder kan överbryggas.

# Forskningsöversikt

## Samband mellan sexuell hälsa och hjärt- och kärlsjukdom

Forskning pekar på att vetenskaplig evidens gällande sexuell hälsa vid hjärt- och kärlsjukdom inte används inom hälso- och sjukvården. Det finns ett stort glapp mellan patienters behov av information och rådgivning och hälso- och sjukvårdens rutiner och förutsättningar att möta dessa behov [1].

Enligt en global systematisk review och metaanalys rapporterar en övervägande majoritet (cirka 89 procent) av hjärt-kärlpatienter någon form av sexuell hälsoproblematik [2]. Bland personer med hjärt- och kärlsjukdom är andelen som har en sexuell dysfunktion, exempelvis erektil dysfunktion, ED, dubbelt så hög jämfört med befolkningen i allmänhet [3, 4]. Det är även vanligt med smärtproblematik kopplat till omslutande sex [5]. ED och vaginal torrhet är tidiga indikationer på en hjärt- och kärlsjukdom som visar sig cirka ett till tre år innan den första kärlekskrampen. Studier pekar på att ED kan inträffa upp till fem år innan, men att det då kan vara svårt att upptäcka kärleksproblematiken [3, 6].

Läkemedel som används vid hjärt- och kärlsjukdom kan ha en negativ effekt på sexualiteten [7]. Betablockerare och diuretika kan orsaka nedsatt lust, ED, försvagad ejakulation och annan sexuell dysfunktion [8]. Vid användning av PDE5-hämmare (vid ED) är det viktigt att inte kombinera dem med nitrater som kan användas mot plötslig bröstsmärta, dessa patienter bör i stället akut kontakta vården vid bröstsmärtor [3].

Vid stroke kan den sexuella funktionen påverkas negativt av exempelvis hjärntrötthet, fysisk svaghet och funktionsnedsättning, nedsatt känslighet samt psykologiska faktorer som minskad lust och depression [9]. Exempel på sexuell dysfunktion efter en stroke är ED, utlösningproblematik, vaginal torrhet och orgasmproblematik [9].

Det är vanligt med rädsla och oro kopplat till sexualitet efter en infarkt eller liknande händelse. Patienter som har hjärt- och kärlsjukdomar önskar information och rådgivning om vilka risker som kan finnas vid sexuell aktivitet och om det är möjligt att ha sex efter en infarkt [3, 8, 10]. Även patienter med implantat, som defibrillator eller pacemaker, upplever oro eller rädsla för att återgå till sexuella aktiviteter. Rädslan kan bota i en oro för att skada implantatet eller för att implantatet (defibrillator) kan skada en partner under sex [3, 11].

Ångest och oro kan i sin tur leda till sexuell ohälsa, inklusive ett fobiskt undvikande av sex [7]. Rädslor för risker i samband med sexuell aktivitet kan även finnas hos partners och kan leda till ett undvikande av sexuell aktivitet [11].

Studier visar att den fysiska belastningen under sexuell aktivitet med partner inte är särskilt stor, den är jämförbar med att raskt gå uppför två trappor [12]. Det är extremt ovanligt att sex leder till plötslig hjärtinfarkt [13]. Att ha sex en timme i veckan motsvarar en väldigt liten risk (två till tre per tiotusen personår) [13]. Personer som kan uppmäta tre till fem MET:s (metabolic equivalence of task) kan återgå till omslutande sexuell praktik med partner [3, 13, 14]. Intimitet är viktigt för välbefinnande och allvarligt sjuka patienter kan ägna sig åt kyssar och beröring utan risk [7]. Oralsex och smeksex har lägre fysisk belastning än omslutande sex och kan rekommenderas till personer som kan uppleva symptom vid tre till fem MET:s eller vid omslutande sexuell praktik med partner [7].

## **Information och rådgivning om sexuell hälsa vid hjärt- och kärlsjukdom**

Att ge patienter med hjärt- och kärlsjukdom information, råd och stöd gällande sexualitet kan vara avgörande för patienternas livskvalitet. Sexuell hälsa är en viktig del av livet för människor i allmänhet, så också för patienter med hjärtsjukdom [13].

Det är inte med säkerhet fastställt vilken metod som fungerar bäst när det handlar om hur information, råd och stöd ska ges till patienter. Vad forskning däremot visar är att de flesta patienter vill ha information [11].

Hälso- och sjukvårdspersonal är många gånger medvetna om vikten av att diskutera sexuell funktion och sexuell praktik. Personal vill göra detta, men vet inte vad de ska säga eller vilka specifika råd de ska ge [15, 16], trots att det finns beskrivet i forskning. Utifrån fysiologiska bedömningar kan individuella råd ges tillsammans med generella råd såsom att befinna sig i en trygg miljö, vara utvilad, ha behaglig temperatur i rummet och vara lagom mätt. Även råd om specifika ställningar som lämpar sig bättre då ena parten har en ICD (defibrillator) kan ges [17].

De allra flesta patienter kan ha sex på något vis. Hälso- och sjukvårdens uppgift kan vara att bredda begreppet sex [13] och till och med uppmuntra patienter till sexuell aktivitet eftersom det har hälsofrämjande effekter [13].

## Problemformulering och syfte

När arbetet som ligger till grund för rapporten inleddes saknades regionala och nationella medicinska riktlinjer saknar tydliga formuleringar om den sexuella hälsan vid hjärt- och kärlsjukdom. Det saknas även nationella rekommendationer och regionala rutiner. Det finns behov av patientinformation, exempelvis saknas information på 1177 om sexuell hälsa vid hjärt- och kärlsjukdom. Hjärt-lungfonden samt patientorganisationen Riksförbundet hjärt-lung saknade även patientinformation kring dessa frågor när projektet startade.

Syftet med rapporten är att presentera resultaten från en nationell patientenkät samt två workshoppar med hälso- och sjukvårdspersonal verksamma i Västra Götalandsregionen. Enkäten undersökte vilken information och rådgivning om sexuell hälsa som hjärt- och kärlpatienter fått, behöver och önskar. I workshopparna undersöktes deltagarnas erfarenheter och upplevelser av

- att ge information och rådgivning om sexuell hälsa till patienter och närstående
- patienters behov och funderingar kring sexuell hälsa
- egna kunskaper och förutsättningar för att kunna ge information och rådgivning i dessa frågor.

## Metod och material

Denna rapport baseras på en deskriptiv mixad metodundersökning som kombinerar kvantitativa och kvalitativa data.

### Patientenkät

Patienters erfarenheter av att få information och rådgivning om sexuell hälsa vid en hjärt-kärlsjukdom och lungsjukdom, samt behov och önskemål om detsamma, har samlats in via en digital enkät. Enkäten utformades i Microsoft Forms, bestod av 25 frågor och tog i genomsnitt sju minuter att besvara. Enkäten var tillgänglig på svenska och engelska och var öppen mellan 31 januari och 31 mars 2024. Enkäten finns i Bilaga A i slutet av rapporten.

Deltagare rekryterades via en digital annons och en fysisk affisch, båda med bild, text, länk och QR-kod som gick direkt till enkäten. Annonsen spreds via utskick, affischer och på sociala medier. Annonsen spreds via Regionhälsan intranät, Vårdgivarnytt samt Kunskapscentrum för sexuell hälsas hemsida. I sociala medier spreds den via SRHR-bussens Instagramkonto, Podcasten Sex på arbetstids Facebooksida, Regionhälsans LinkedIn-konto samt via Riksförbundet hjärt-lungs och Hjärt-lungfondens sociala medier. Affischer skickades till hjärtmottagningar och vårdcentraler i Västra Götalandsregionen. Vi besökte mottagningar på Kungshöjd och Sahlgrenska för att informera om studien och dela ut affischer. Vidare spreds information om undersökningen via utskick till nätverk, exempelvis nätverket för Hälsofrämjande hälso- och sjukvård, Västra Götalandsregionens sexuell hälsa-nätverk och SRHR-nätverket.

Sammanlagt valde 147 personer att delta. Samtliga deltagare lämnade informerat samtycke till att delta i undersökningen. Samtycket lämnades digitalt och anonymt. Data i patientenkäten var anonymiserad och svaren kan inte härledas till någon levande person.

### Workshoppar med hälso- och sjukvårdspersonal

Data om hälso- och sjukvårdspersonals erfarenheter av, förutsättningar för och upplevelser kring att ge information och rådgivning om sexuell hälsa till patienter med hjärt-kärlsjukdom har samlats in vid två workshoppar.

Data består av observationer och dokumentation (ljudupptagningar vid workshop två och anteckningar från båda workshopparna) av deltagarnas utsagor och beskrivningar.

Den första workshoppen genomfördes 2023-12-01 och den andra 2024-05-31. Workshopparna tog tre timmar vardera. Under workshopparna användes

deltagandemetoder och fokusgruppsmetodik, metoder som lämpar sig väl för utforskande undersökningar.

## Workshop 1

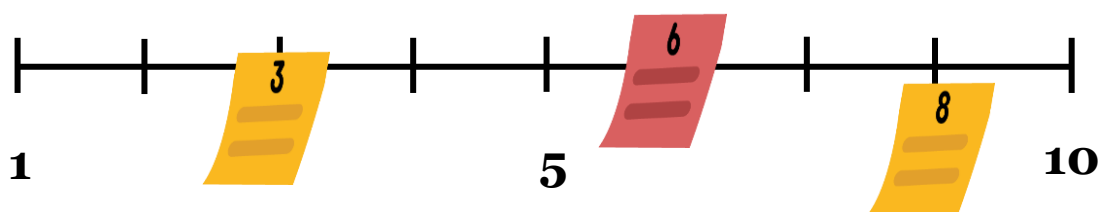
Det första tillfället syftade till att undersöka deltagarnas uppfattning och upplevelser av hjärt-kärlpatienter och dessa patienters behov och önskemål av att få information och rådgivning om sexuell hälsa. Vidare syftade workshoppen till att ta reda på vilka erfarenheter deltagarna hade av att ge information och rådgivning samt vilka förutsättningar för detta som finns och behövs.

För att uppnå dessa syften ombads deltagarna först att individuellt beskriva, namnge och rita en typisk eller vanlig patient som de ofta möter. Metoden hade även som syfte att bidra till samtalsklimatet och ge deltagarna en möjlighet att reflektera över sina patienter som en ingång till workshoppens ämnen. De fiktiva patienterna presenterades och diskuterades sedan i helgrupp, inklusive vilka eventuella behov patienterna kan ha i relation till sin sexuella hälsa. Helgruppsdiskussionerna modererades av två utvecklingsledare på Kunskapscentrum för sexuell hälsa.

Deltagarna fick svara på en skalfråga om hur viktigt de tycker att det är att prata om sexuell hälsa. På lappen skrev deltagarna tre ord som motiverade deras val av siffra. Resultaten diskuterades sedan i helgrupp.

Efter det diskuterade deltagarna sina erfarenheter, upplevelser, förutsättningar, önskemål och behov gällande att erbjuda information och rådgivning om sexuell hälsa till hjärt-och kärlpatienter. Diskussionerna sköttes i två mindre modererade fokusgrupper utifrån olika teman hämtade från vår forskningsöversikt och nulägesanalys. Följande teman diskuterades: tid, lokaler, rutiner och riktlinjer, kunskaper, erfarenheter, uppdrag och mandat, förhållningssätt och bemötande, osäkerhet, pinsamhet eller blygsel, material och annat. Deltagarna ombads utgå från konkreta upplevelser och exempel utan att lämna ut identifierbar information om patienter. Efter fokusgruppsdiskussionerna valde grupperna ut exempel på det som gruppen hade pratat om och presenterade det i helgrupp så att alla fick ta del av alla diskussioner och möjlighet att kommentera även sådant som kom upp i den andra fokusgruppen.

Deltagarna fick svara på påståendet *Jag känner mig bekväm med att ställa frågor om sexuell hälsa till patienter*. Skattningen gjordes med post-it-lappar som sattes upp på en linje mellan 1–10, där 1 stod för ”håller inte med alls” och 10 för ”håller fullständigt med”. På lappen skrev deltagarna hur de motiverade deras val av siffra. Resultaten diskuterades sedan i helgrupp.



Därefter ställdes följdfrågor om deras svar påverkades av patienternas identiteter eller sociala positioner så som ålder, etnicitet och kön. De fick använda gröna, gula och röda papper för att signalera om de skulle känna sig mer, mindre eller lika bekväma med att ställa frågor till patienter om förutsättningarna ändrades.

För att få fram mer förklaringar, detaljer och exempel på det som deltagarna berättade i de olika delarna av workshoppen användes följdfrågor som: "Vad tänker ni andra om det här", "Känner ni andra igen detta?", "Har ni några exempel på detta?", "Finns det andra exempel på detta?" och "Hur ser ni på det som NN berättar?"

Workshop 1 dokumenterades skriftligt av två utvecklingsledare på Kunskapscentrum för sexuell hälsa som även satt med i de mindre fokusgruppsdiskussionerna och modererade samtalen. Utöver det skrev moderatorerna ner sina observationer och dessa diskuterades gemensamt för att få med så många detaljer som möjligt.

## Workshop 2

Data från den andra workshoppen används i forskning. Workshoppen modererades av två utvecklingsledare på Kunskapscentrum för sexuell hälsa och två andra utvecklingsledare ansvarade för dokumentation och ljudupptagning. Samtliga deltagare på den andra workshoppen gavs skriftlig och muntlig information om samtycke. Deltagarna lämnade skriftligt informerat samtycke innan workshoppen började, se Bilaga B.

Workshoppen inleddes med att de deltagare som deltagit på tidigare workshop tillfrågades om deras reflektioner från första tillfället och samtliga deltagare fick gemensamt reflektera kring de upplevelser som lyftes från workshop 1.

Huvuddelen av workshoppen utgjordes av presentationer av svaren från patientenkäten som deltagarna fick reflektera kring och diskutera med varandra om. Svaren var klustrade tematiskt, exempelvis: deltagare i patientenkäten, erfarenheter av information och rådgivning, önskemål och behov av information och rådgivning samt fritextsvar. I relation till varje tema ställdes öppna frågor, exempelvis "Vilka reflektioner har ni kring detta?", "Vad tänker ni om det här?", "Varför tror ni att patienterna har svarat så här?" och "Hur tolkar ni de här svaren?"

Genomgående under workshoppen uppmuntrades samtliga deltagare att dela med sig av kunskaper, erfarenheter och reflektioner. Moderatorerna ställde även öppna frågor som

inte var direkt relaterade till svaren i patientenkäten, exempelvis ”Vad är viktigast att prioritera?” och ”Var det någonting som kom upp i samtal under pausen som är viktigt att få med i dokumentationen?”.

Avslutningsvis föreläste Tiny Jaarsma utifrån aktuell forskning om samband mellan hjärt- och kärlsjukdomar och sexuell hälsa. Kunskapscentrum för sexuell hälsa presenterade därefter PLISSIT, en modell för att illustrera hur samtal kring sexuell hälsa kan möjliggöras samt gav tips och råd som kan förenkla samtal om sexuell hälsa i hälso- och sjukvården.

# Resultat

## Patientenkät

” Efter operationen gick min man och jag i en grupp med andra, där sa man inte ett ord om sex, det var verkligen tabu, så himla tråkigt  
*Anonym, fritextsvar från enkät*

Här presenteras ett urval av svaren från patientenkäten baserat på de svarande som uppgav att de fått vård i Västra Götalandsregionen. Resultaten från enkäten presenteras i sin helhet i denna vetenskapliga artikel: [Information and counselling on sexual health in cardiac and respiratory disease: description of community dwelling patients' needs and reflections of health care professionals](#) var 28 kvinnor och 31 män. Medelålder bland de svarande var 62 år med ett åldersspann mellan 30–88 år.

83 procent svarade att den sexuella hälsan upplevdes ha betydelse för det allmänna måendet, varav 59 procent uppgav att den sexuella hälsan hade stor eller mycket stor betydelse. 69 procent (41 av 59) uppgav att deras sexuella hälsa har påverkats negativt av sin diagnos, sjukdom eller behandling.

Endast 8 procent (5 av 59, varav 4 män och 1 kvinna) rapporterar att de fått information eller rådgivning om sexuell hälsa från hälso- och sjukvården. Den information och rådgivning som getts handlade om oro inför sexuell aktivitet, erektionssvikt och biverkningar av läkemedel, och gavs av sjuksköterska eller läkare.

Majoriteten av de som inte fått information eller rådgivning uppgav att de hade önskat eller behövt få information. 19 procent svarade att de inte hade en önskan eller behov av information eller rådgivning.

12 av 59 svarande, det vill säga 1 av 5, uppgav att de kunnat ställa frågor till hälso- och sjukvårdspersonal om sexuell hälsa. I fritextsvaren framgick en önskan om att det ska vara personal som tar initiativ till samtal om sexuell hälsa.

” Vänta inte på att patienten frågar!  
*Anonym, fritextsvar från enkät*

Majoriteten tycker att det passar att få information och rådgivning vid upprepade tillfällen och vid flera vårdkontakter (exempelvis vid läkemedelsförskrivning, uppföljningar och

årskontroller). Majoriteten tycker även att information och rådgivning om sexuell hälsa ska erbjudas redan i samband med diagnos. Ett medskick i fritextsvar från en deltagare till personalen var *”Att ta sexuell hälsa på allvar”*. En annan deltagare önskar att personal ska *”Vara öppen, rak och tydlig. Våga och kunna prata om sex utan att bli generad.”*

På frågan om hur man vill ha information om sexuell hälsa, där exempelvis 1177, patientbroschyrer, information från patientorganisationer och hemsida/app fanns som möjliga alternativ, önskade den stora majoriteten, 86 % (51 av 59), att få information och rådgivning genom samtal med hälso- och sjukvårdspersonal. Majoriteten tycker att olika professioner inom hälso- och sjukvården bör kunna erbjuda information och svara på frågor, inklusive sjuksköterskor, undersköterskor, läkare, kuratorer, psykologer, dietister, arbetsterapeuter och fysioterapeuter.

Exempel på fritextsvar om vad som är viktigt att tänka på för hälso- och sjukvårdspersonal som ska ge information och rådgivning var: *”Våga fråga, ha tid för att diskutera frågan, hitta en möjlig lösning.”*, *”Professionell och saklig”*, men även *”Att vara normmedveten, tex att inte [anta att] alla är heterosexuella eller könsbinära. Att det kan finnas övergreppserfarenhet. Att signalera att det är ok att ställa frågor vid behov.”*, och *”Att vi även är yngre individer som drabbas.”*

---

## Workshop 1

I workshoppen deltog fem sjuksköterskor och två fysioterapeuter från en fysioterapimottagning, hjärtmottagningar och en vårdcentral i Göteborg.

### Beskrivning av en ”typisk hjärt- och kärtpatient”

Vid workshoppens inledning ombads deltagarna att individuellt beskriva sin ”typiska patient”. Beskrivningarna uppvisade påfallande likheter. Samtliga deltagare beskrev patienten som en man med svenskklingande namn, i 70-årsåldern och i ett heterosexuellt äktenskap. Majoriteten placerade dessutom sina typiska patienter i medel- eller övre medelklass, ofta med nuvarande eller tidigare anställningar präglade av höga krav, stress och prestige.

Patienternas levnadsvanor och hälsotillstånd beskrevs också med liknande drag. De karakteriserades som fysiskt inaktiva och med varierande grad av övervikt. Många tillskrevs samsjuklighet, exempelvis diabetes, artros eller sömnapné. De hjärt- och kärldiagnoser som nämndes varierade dock mellan deltagarna, vilket visar på bredden inom det medicinska fältet trots övriga likheter i beskrivningarna.

### **Deltagarnas reflektioner**

Deltagarna noterade själva den stora överensstämmelsen i hur den ”typiska patienten” hade beskrivits, samtidigt som de uttryckte medvetenhet om att den verkliga patientgruppen är betydligt mer heterogen. I reflektionerna lyftes därför frågan om vilka grupper som riskerar att osynliggöras när vårdpersonal omedvetet utgår från en snäv patientnorm. Flera deltagare uppmärksammade särskilt att kvinnor, personer med psykisk ohälsa, personer med migrationserfarenhet samt individer utan socialt nätverk inte hade förekommit i beskrivningarna. Detta väckte diskussion om risken att sådana grupper förbises i kliniska sammanhang och därmed inte uppmärksammas eller erbjuds samma stöd.

### **Vanliga frågor om sexuell hälsa**

Deltagarna ombads även att ge exempel på vilka frågor deras ”typiska patienter” kan ha i relation till sexuell hälsa. En återkommande iakttagelse var att många patienter uttrycker oro inför sexuell aktivitet och fysisk ansträngning efter hjärt- och kärlsjukdom. Exempel på sådana frågor var:

”Kan jag ha sex, eller riskerar jag att dö eller få en ny infarkt?”

”Vad gör jag om jag får bröstsmärtor under samlag?”

Andra frågor berörde förändringar i identitet, relationer och självbild, särskilt kopplat till maskulinitet och funktion efter sjukdom:

”Kan jag träffa någon ny?”

”Kommer min partner att se mig som svag?”

”Jag känner inte igen min kropp – kommer det alltid att vara så?”

Deltagarna lyfte också exempel på frågor relaterade till sexualitet och medicinering, såsom:

”Jag har läst att vissa mediciner kan ge potensproblem – stämmer det?”

”Kan jag använda sildenafil?”

”Varför har jag minskad lust?”

## Bedömning av hur viktigt det är att prata om sexuell hälsa

Deltagarna ombads ange hur viktigt de anser det vara att samtala om sexuell hälsa i mötet med patienter, på en skala från 1 till 10. Samtliga angav värden mellan 8 och 10, med ett medelvärde på 8,7 och en median på 8. Motiveringarna betonade att sexuell hälsa är central för patientens livskvalitet, allmänhälsa samt för att minska oro och rädsla i samband med hjärt- och kärlsjukdom.

Deltagarna beskrev även sexuell hälsa som en existentiell dimension, kopplad till identitet, hormoner och grundläggande mänskliga behov. Det rådde bred enighet om att sexuell hälsa självklart bör ingå i hälso- och sjukvårdens arbete. Detta sammanfattades träffande av en deltagare: ”Det är därför vi är här.”

## Deltagarnas analys

Trots den uttalade uppfattningen att sexuell hälsa är viktig, beskrev deltagarna att området sällan tas upp i patientmöten. De upplevde en diskrepans mellan sin egen värdering av ämnets betydelse och hur ofta det faktiskt integreras i samtal med patienter.

I diskussionen framkom även att ingen av deltagarna hade lyft frågor om sexualitet eller sexuell hälsa med kvinnliga patienter. Detta väckte både förvåning och självkritik, och ledde till reflektion om omedvetna normer och föreställningar kring vilka patienter som anses behöva eller förväntas efterfråga information.

Deltagarna uttryckte också att de saknar en naturlig ingång för att introducera frågor om sexuell hälsa i samtalet. Vid de tillfällen då de ändå tagit upp ämnet upplevde de dock att patienterna reagerade positivt och med tydlig lättnad.

## Förutsättningar för samtal om sexuell hälsa

### **Avsaknad av information, rutiner och riktlinjer**

Deltagarna upplevde att det saknas information, rutiner och riktlinjer om sexuell hälsa och hjärt- och kärlsjukdom. Deltagarna befarade att vården är ojämlig på grund av den regionala kunskapsstyrningen och de efterfrågade rutiner på nationell nivå.

” Det finns inga riktlinjer och rutiner så att det naturligt kommer med, och det känns konstigt att lyfta frågan när det inte är en rutin.

Deltagarna beskrev att varken Hjärtskolan eller kvalitetsregistret Swedeheart berör sexuell hälsa. En deltagare gav exempel på att medicinska biverkningar som erektil dysfunktion nämns i Hjärtskolan samtidigt som ingen information riktad till kvinnor funnits med. Deltagarna var eniga om att Hjärtskolan vore ett bra sammanhang för att inkludera den sexuella hälsan. I patientmöten efterfrågas enkla ingångsfrågor som kan individualiseras utifrån patienten för att initiera samtal om dessa frågor. Flera lyfte att

kardiologer ofta lyfter frågor med manliga patienter kopplat till Sildenafil och biverkningar av läkemedel men det finns inga rutiner alls för att prata med kvinnor.

” Det är sällan patienter tar upp detta själva. Rutiner skulle verkligen behövas så vi kan säga ”Detta frågar vi alla”.

Deltagarna efterfrågade skriftligt material för att kunna introducera ämnet och som stöd i samtalet – material som både kan ge trygghet och legitimitet till vårdpersonal och kan stickas i handen på patienter.

### **Tidsbrist, digital omställning och kala lokaler**

Deltagarna upplevde viss tidspress i sina möten med patienter och beskrev att de tror att samtal som inkluderar den sexuella hälsan kan behöva ta lite tid och att det kan kräva kontinuitet och en relation med patienten. Att ha tid i patientmötet lyftes som en viktig faktor och i diskussionen refererades till Perfect CR-studien, som visar att ökade öppettider påverkade patienter med hjärtinfarkts förändringsbenägenhet positivt. Den stora omställningen och digitaliseringen av hälso- och sjukvården med realtidsdokumentation beskrev deltagarna som en försvärande faktor.

” Vi kan ju ha jättebra rutiner och riktlinjer men om de inte är möjliga att implementera så blir det ju inget.

Det digitala upplevdes som en barriär i patientmötet. Det lyftes även att det finns lokaler som de kan prata ostört i, men att lokalerna är väldigt kala och inte bjuder in till samtal.

### **Kunskap och kompetens**

Deltagarna efterfrågade mer kunskap om sexuell hälsa. De uppgav att de saknar kunskap om hur den sexuella hälsan kan påverkas av hjärt- och kärlsjukdom och om eventuella risker i samband med sexuell praktik. De efterfrågade också kunskaper och kompetens vad gäller begrepp och språk som kan underlätta samtal om sexuell hälsa. Specifikt upplevde de sig sakna information om kvinnors sexuella hälsa och kopplingar till klimakteriet. Exempelvis upplevde deltagarna att det var oklart vilken sexuell hälsoproblematik som orsakas av hjärt- och kärlsjukdom och vilken som orsakas av klimakteriet.

### **Ett laddat ämne**

Ämnet sexuell hälsa beskrevs som potentiellt laddat. Deltagarna uppgav att de saknade erfarenheter av att inkludera sexuell hälsa i vårdmötet och att deras förhållningssätt och bemötande relaterade till känslor som osäkerhet, pinsamhet eller blygsel. Deltagarna beskrev att rätt läge för att lyfta frågan är viktigt. Läget upplevdes avgöra om det blev plump eller laddat. Närvaro i mötet och ett professionellt förhållningssätt framhölls som avgörande för att samtalet ska bli bra. Vidare beskrev de att sexualitet och sexuell hälsa är något man inte pratar om, att kulturen inom hälso- och sjukvården präglas av tystnad på det här området.

## Personbundet – identiteten spelar roll

” Det är personbundet – beror på vilken patient det är och vem jag är som vårdpersonal.

” Jag har aldrig pratat med en kvinna i min egen ålder

Identiteten på den hälso- och sjukvårdspersonal som lyfter ämnet, exempelvis ålder och kön, antogs spela roll för upplevelsen och kvaliteten på samtalet. Att vara en äldre kvinna som ställer frågan upplevdes som lättare av deltagarna. Patienter äldre än deltagarna själva upplevdes som något lättare att ta upp frågor med, medan det var något svårare med personer med annan kulturell bakgrund än de själva. Exempelvis lyftes språk fram som en potentiell barriär, särskilt om det behövs tolk. Även kombinationen ålder och kulturell bakgrund kunde uppfattas som försvårande.

Deltagarna beskrev hur unga med hjärtfel skyddas och infantiliseras och att en del inte vill berätta för sin familj om sin diagnos av rädsla för att bli överbeskyddade.

Patientens identitet diskuterades även i relation till deltagarnas oro för en potentiell sexuell laddning i rummet. Denna oro beskrevs kunna påverka vilka som får frågor och inte. Deltagarna spekulerade i att personal som identifierar sig som män skulle kunna vara mer benägna att ställa frågor om sexuell hälsa till patienter som är män.

### **Viktigaste faktorerna för att möjliggöra samtal om sexuell hälsa i patientmötet**

Deltagarna fick utifrån ovan listade förutsättningar välja ut de faktorer de tycker är viktigast för att möjliggöra samtal om sexuell hälsa med hjärt- och kärlpatienter:

- Rutiner och material: ”Om det finns rutiner så vet jag ju vad jag ska göra.”
- Kunskap om sexuell hälsa och vart patienter med sexuell problematik kan hänvisas: ”Vi kan skriva ut Sildenafil, men sen då, om det inte funkar, vad gör jag då?”
- Professionellt förhållningssätt: ”Det är ett laddat ämne och vi behöver ha ett professionellt bemötande för att kunna skapa tillit.”
- Tid: ”Det är mycket som ska hinnas med under ett patientmöte och det behövs tid för att kunna lyfta den sexuella hälsan.”

## Workshop 2

Analysen identifierade fem övergripande teman<sup>1</sup> som tillsammans belyser vårdpersonalens erfarenheter av och förutsättningar för att tillhandahålla information och rådgivning om sexuell hälsa i samband med hjärt-kärlsjukdom:

(I) Personberoende villkor, (II) Organisatoriska förutsättningar, (III) Sexuella normer och föreställningar, (IV) Kunskap och erfarenhet, samt (V) Att bryta den ömsesidiga tystnaden.

Dessa teman är nära sammanlänkade och speglar hur individuella, organisatoriska och samhällsliga faktorer samverkar och fungerar såväl möjliggörande som begränsande för att inkludera samtal om sexuell hälsa i hjärt- och kärlsjukvården.

### I. Personberoende villkor

Hur och om sexuell hälsa tas upp i vårdmöten upplevdes i hög grad bero på vem patienten var, och hur vårdpersonalen föreställde sig patientens behov, identitet och sociala position. Kön, ålder, kulturell bakgrund, diagnos och sjukdomens antagna påverkan på sexualiteten påverkade sannolikheten att ämnet överhuvudtaget berördes.



A: ”Var det vissa patienter som fick fler frågor eller färre frågor?”

B: ”Det är mycket personbundet.”

C: ”Ja precis.”

Flera deltagare beskrev att samtal om sexuell hälsa ofta reducerades till frågor om behandlingars påverkan på erektion, vilket bidrog till att ämnet i praktiken främst togs upp med män. Några uppmärksammade att de sällan eller aldrig pratade med kvinnor om sexualitet, trots att de själva var kvinnor, vilket väckte självkritiska reflektioner. Patientens ålder hade också betydelse. Vissa upplevde det lättare att prata med äldre patienter, andra med yngre. Att vara i samma ålder som patienten upplevdes som hämmande för att lyfta frågor om sexualitet.

En deltagare som också varit med på workshop 1 reflekterade att:



Men vi pratade ju också mycket om det här med ålder, framför allt då män, för det var väl det som innan jag gick den här utbildningen [workshop 1] så har jag mest tänkt på manliga patienter så vi diskuterade ju mycket också att det är olika beroende på ålder på patienten och det hade vi väldigt olika preferenser om.

---

<sup>1</sup> Resultaten från workshop 2 och från enkätstudien finns publicerade i en artikel i tidskriften *International Journal of Equity in Health*, som du hittar [här](#).

Föreställningar om kulturell bakgrund beskrevs både som hinder och som skäl till försiktighet. Patienter som uppfattades ha utländsk bakgrund antogs ibland ha mer restriktiva attityder till sexualitet, vilket kunde leda till att ämnet undveks, trots att dessa antaganden sällan grundades på faktisk erfarenhet.

Anhöriga och partners uppfattades som en del av sammanhanget, men det rådde delade meningar om de bör erbjudas information och rådgivning om sexuell hälsa. En del menade att partners ofta delar patientens oro och att anhöriga spelade en viktig roll i patientens vård och hälsa. Andra ansåg att vårdens ansvar inte omfattar anhöriga.

Sammantaget beskrevs det som personberoende, inte bara utifrån patientens karaktäristika, utan också utifrån vårdpersonalens egna värderingar, föreställningar och trygghet i ämnet.

## II. Organisatoriska förutsättningar

Förutsättningarna att prata om sexuell hälsa sades vara starkt beroende av organisatoriska strukturer och villkor. Brist på tid, otydliga rutiner, avsaknad av stöd från ledningen och bristande samverkan mellan yrkesgrupper utgjorde centrala hinder. Deltagarna beskrev hur sexualitet inte var integrerad i vårdens ordinarie arbets sätt eller prioriteringar, vilket skapade en kultur där ämnet hamnade utanför det professionella uppdraget.

” Arbetsorganisatoriskt är vi inte så vana vid att lyfta fram det [sexuell hälsa].

Avsaknaden av tydliga riktlinjer eller ansvarsfördelning väckte frågor om vem som egentligen skulle ta upp frågan: läkare, sjuksköterska, fysioterapeut eller någon annan. Samtidigt efterfrågades konkreta hjälpmedel, till exempel informationsblad, affischer eller standardiserade frågor, som kunde signalera till både patienter och kollegor att sexuell hälsa är en del av den allmänna hälsan och därför bör vara en del av vården som erbjuds hjärt- och kärpatienter. Sådant material behövde enligt deltagarna vara professionellt utformat och förankrat i organisationen för att få genomslag. Deltagare lyfte att sådant material redan finns men att ledningen måste ge mandat att använda det:

” Vi har ju också fått ett material där man skulle kunna arbeta med det och jag har faktiskt visat det för cheferna men inte fått någon återkoppling så jag tror att vi måste bara hålla på och ta upp det igen och igen för att det här är viktigt.

Deltagarna uttryckte att arbetsplatskulturen och ledningens prioriteringar i hög grad formar vilka ämnen som upplevs möjliga eller relevanta att ta upp.

### III. Sexualitetsnormer och föreställningar

Vårdpersonalens och patienternas attityder till sexualitet beskrevs som präglade av samhälleliga normer och personliga värderingar. Sexualitet framstod som ett komplext och laddat ämne med delvis motsägelsefulla känslor. Sexuell hälsa beskrivs som viktigt, engagerande och naturligt, men också som ett tabubelagt ämne.

Deltagarna beskrev hur de själva bar med sig föreställningar från uppväxten om att sexualitet är något privat, vilket ibland gjorde det svårt att förena den professionella rollen med ämnets intima karaktär. Samtidigt upplevde de att patienterna ofta kom till vården med liknande tabun och förväntningar, vilket förstärkte ömsesidig försiktighet.

För att kunna tala om sexuell hälsa krävdes därför inte bara kunskap, utan också en medvetenhet om och förmåga att hantera de normer som reglerar vad som får sägas och inte sägas i vårdens sammanhang. Vårdpersonalen beskrev hur de ofta behövde anstränga sig mer än patienterna för att normalisera samtalet och skapa en tillåtande atmosfär.

” Jag tror att vår ansträngning måste vara otroligt mycket större, för patienten kommer in i rummet med så mycket tabu med sig ifrån hela samhället så vi måste levla upp så otroligt mycket mer.

Detta visar hur samhälleliga normer reproduceras i vårdens praktik, det som upplevs som privat eller skamfyllt i samhället tenderar att förbli tyst även i vårdrummet. Samtidigt gick åsikterna isär om ämnet var mer, lika eller mindre laddat än andra potentiellt laddade ämnen såsom övervikt eller missbruk.

### IV. Kunskap och erfarenhet

Skillnader i utbildning, erfarenhet och trygghet i ämnet påverkade i hög grad vårdpersonalens vilja och förmåga att ta upp sexualitet. Många uttryckte osäkerhet kring vilken kunskap som krävdes och om deras utbildning gett tillräckliga verktyg. Några ansåg att det räcker att skapa utrymme för patienten att ta upp ämnet, medan andra betonade behovet av konkret sakkunskap för att kunna ge kvalificerade svar.

” Vi är ganska många som inte har koll på läget, så absolut att bara våga prata om det och liksom lyfta upp det på agendan, ja men någonstans lägga ribban högre att faktiskt ha, dom vill ha kunskap ja men vad ska jag säga då, kan ju inte bara ställa en massa motfrågor.

Diskussionerna präglades av reflektion kring den professionella rollen, hur mycket man behöver veta för att vara kompetent, och när det är tillräckligt att visa lyhördhet och mod att fråga.

” A: Alltså jag tänker ännu enklare alltså verkligen basic. Typ, ”vi vet att det är väldigt vanligt att många har frågor om sin sexualitet, har du några frågor?”, alltså verkligen basic. Inget snack om beta-blockad, inget snack om ED, inget snack om lubrikationsproblematik, utan ”har du några frågor?”. Och så kanske patienten säger så här, ”nej, nej jag vet inte” alltså blir lite så här ställd, då kanske man kan lägga in någon liten följdinformation.

B: Eller så tas frågan upp vid nästa tillfälle igen då.

De poängterade också att personal inte själva behöver besitta alla svar och att en viktig funktion med att ställa frågor är att det skapar möjlighet att hänvisa patienter till rätt instans.

” Jag tänker att man behöver ju inte svara själv utan man kan ju hänvisa vidare till någon som kan.

Bristen på kunskap kan inte bara förstås som en individuell brist, utan också som ett systematiskt problem i utbildning och fortbildning. Vårdpersonalen uttryckte en vilja att lära mer, men också att deras organisationer behöver erkänna sexualitet som en del av hjärt- och kärlsjukvårdens helhet.

## V. Att bryta den ömsesidiga tystnaden

” A: Uppenbarligen så vill våra patienter få kunskap och rådgivning [...] det är ju det här dom vill ha.

B: Och dom vill inte behöva fråga själva.

Ett återkommande tema var det som flera beskrev som en ömsesidig tystnad mellan vårdpersonal och patienter. Både patienter och personal antas vänta på att den andre ska ta initiativ till samtalet. Denna ömsesidiga väntan ledde till att samtalen sällan blev av, trots att både behov och vilja ofta fanns.

När deltagarna tog del av enkätresultaten som visade skillnaden mellan hur många patienter som önskade information och hur få som faktiskt fått den, reagerade flera med självkritik och vilja till förändring. Några uttryckte skam, andra förvåning, men de flesta beskrev att de kände igen sig och ville bli mer aktiva i att initiera samtal.

” Det är tydligt att patienterna vill att man tar upp det och jag ska försöka bli bättre på att faktiskt göra det.

Vårdpersonalen reflekterade över behovet av att signalera öppenhet, återkomma till ämnet flera gånger, och hitta rätt balans mellan professionalitet och närhet. Samtidigt

upplevdes motstånd, inre och yttre, i form av osäkerhet, tidsbrist och organisatorisk tystnad.

” Det är ju ingen betongmur mellan mig och min patient utan det är ju någon annan mur [...]. Det här mellan mig och min patient, någonting hindrar och jag förstår ju vem det är [det beror på mig som vårdpersonal].

Tystnaden kan förstås som ett resultat av samspel mellan individuella, organisatoriska och kulturella faktorer. Den upprätthålls av brist på kunskap och rutiner, men också av sociala normer och professionella gränser som gör ämnet svårnavigerat.

## Sammanfattning av resultaten

Resultaten visar sammantaget att samtal om sexuell hälsa inom hjärt-kärlsjukvården påverkas av personliga föreställningar, organisatoriska strukturer och samhälleliga normer. Det är inte enbart en fråga om individuellt mod eller kunskap, utan om hur vårdens praktik, kultur och utbildningssystem bidrar till att upprätthålla eller bryta tystnaden.

Att tala om sexualitet kräver således både personligt engagemang, rutiner och strukturellt stöd, en kombination av individuellt ansvar och organisatorisk legitimitet. När dessa nivåer samverkar kan samtal om sexuell hälsa bli en naturlig del av personcentrerad vård, snarare än ett undantag.

## Förlängda resultat och effekter

Under de år som vi har arbetat med denna undersökning har vi i arbetsgruppen blivit positivt överraskade över hur välkommet vårt arbete har varit. Forskare, hälso- och sjukvårdspersonal, patientorganisationer, chefer och representanter för vårdorganisationer som VIC (Vårdprofessioner inom Cardiologi) har alla uttryckt konsensus kring att arbetet behövs och uppfattas som viktigt. Detta har medfört att vi bjudits in till flera sammanhang och fått möjlighet att presentera resultaten både på nationella och internationella konferenser, bland annat på American Heart Associations, AHA, årliga konferens i Chicago 2024 och på Svenska Kardiovaskulära Vårmetet 2025. Samarbetet har även medfört flera artiklar, inslag i radioprogram ("Kropp och själ" i P1) och även ett nytt patientmaterial framtaget av Hjärt-Lungfonden, [Sex och samlevnad vid hjärt-kärlsjukdom](#). Läs mer om de förlängda resultaten och effekterna på Kunskapscentrum för sexuell hälsas hemsida, under fliken forskning. Läs även [reportage i Svensk Kardiologi](#).

## Diskussion

Resultaten visar att patienter upplever att hjärt- och kärlsjukdomar påverkar deras sexuella hälsa. Nästan hälften av deltagarna i enkätstudien uppgav att sexuell hälsa har en stor inverkan på deras livskvalitet och deras allmänna välbefinnande. Dessa fynd överensstämmer med tidigare forskning, som framhåller att kroniska sjukdomar påverkar den sexuella hälsan, samt att sexuell hälsa utgör en viktig del av det allmänna välbefinnandet. Enkätstudien tydliggör samtidigt en betydande brist på rådgivning och information om sexuell hälsa, endast 7 procent av patienterna (motsvarande siffra i VGR är 8 procent) rapporterade att de hade fått sådan information från vårdpersonal, trots att 84 procent uttryckte en önskan om det (81 procent i VGR). Denna diskrepans pekar på en systematisk utmaning i hur hälso- och sjukvården kommunicerar och organiserar sitt arbete kring sexuell hälsa.

Resultaten visar också att vårdpersonalens erfarenheter av att ge information och rådgivning om sexuell hälsa formas av individuella faktorer, såsom ålder, kön och kulturell bakgrund, men också av organisatoriska förutsättningar som tidsbrist, bristande ledningsstöd och avsaknad av riktlinjer. Samhälleliga normer och varierande kunskapsnivåer påverkar ytterligare om och hur dessa samtal sker, vilket antogs leda till att ämnet tas upp oregelbundet och i första hand med manliga patienter.

Att bryta den ömsesidiga tystnaden och främja professionalitet, respekt och öppen kommunikation framstod som centralt för att bättre kunna möta patienters behov inom detta område. Detta väcker viktiga frågor om vårdpersonalens upplevda förmåga och trygghet i att föra samtal om sexuell hälsa. Tendensen att fokusera på manliga patienters problem, ofta med fokus på erektil dysfunktion, kan spegla en snäv förståelse av sexuell hälsa som riskerar att osynliggöra såväl kvinnors behov generellt som mäns behov som inte relaterar till ED. Mönstret tyder på att vårdpersonal känner sig mer bekväma med medicinskt definierade och behandlingsbara problem, men upplever sig sakna utbildning och självförtroende att hantera bredare och mer nyanserade samtal om sexualitet, särskilt med kvinnliga patienter.

En betydelsefull aspekt av resultaten i denna rapport är att de inkluderar patienter som inte är inneliggande, vilket tillför en viktig dimension i förståelsen av sexuella hälsobehov utanför den kliniska kontexten. Medan tidigare forskning huvudsakligen fokuserat på sjukhus- eller specialistvårdsmiljöer, är patienters behov av stöd i öppenvården fortfarande relativt outforskat. Patienter uppger att sexuella frågor är lika relevanta i dessa miljöer, men att de där kan möta ytterligare hinder för att få tillgång till information och rådgivning. Att undersöka skillnader mellan specialist- och öppenvård är viktigt för att avgöra i vilken mån resultat från den ena kontexten kan överföras till den andra. Patienter som inte är inneliggande och som bor hemma kan till exempel ha mindre frekvent kontakt med vårdpersonal, vara mer beroende av primärvård eller digitala verktyg och uppleva andra barriärer i form av attityder och normer. Att förstå

dessa kontextuella skillnader kan vara betydelsefullt när insatser och stödmekanismer ska utformas effektivt i olika vårdformer.

Resultaten i enkätundersökningen visade att män oftare än kvinnor uppgav att deras sjukdom påverkat deras sexuella hälsa. Tidigare studier antyder att denna skillnad kan förklaras av flera faktorer, såsom olikheter i sjukdomsupplevelse, kommunikationsmönster med vårdpersonal eller samhälleliga normer kring sexualitet. De kvalitativa resultaten visade att detta kan spegla en tendens hos vårdpersonal att fokusera på aspekter som uppfattas som medicinskt hanterbara samtidigt som kvinnors sexuella hälsa förbises. Detta kommunikationsmönster hänger nära samman med vårdpersonalens egna attityder och erfarenheter och belyser den ömsesidiga tystnaden mellan patienter och personal. Det pekar på att vårdpersonal behöver lägga större vikt vid att initiera samtal om sexuell hälsa med kvinnor, som förbises trots att undersökningen visar att de uttrycker betydande oro. Att komma till rätta med denna obalans kräver inte bara ökad medvetenhet, utan även fortbildning och stöd för att vårdpersonal ska känna sig trygga i att samtala med alla patienter, oavsett kön.

Den låga andelen patienter (7 procent) som uppgav att de fått information om sexuell hälsa är oroande, särskilt med tanke på den starka efterfrågan (84 procent). Mer än hälften av patienterna uttryckte en önskan att få information vid olika tillfällen under vårdprocessen och i första hand ville de ha informationen från vårdpersonal. Patienter förväntar sig att vårdpersonalen ska ta initiativet, medan personalen väntar på att patienten ska lyfta frågan. Att bryta den ömsesidiga tystnaden mellan patienter och vårdpersonal är avgörande för effektiv kommunikation. Vår undersökning visar att vårdpersonal behöver vara mer proaktiva och tydliga i samtal om sexuell hälsa, och bidra till att normalisera ämnet genom att återkommande ta upp det i olika skeden av vården. De mest efterfrågade sammanhangen för sådana samtal var sjukhus och primärvård, vilket understryker vikten av att integrera frågor om sexuell hälsa i den ordinarie vårdkontakten. Detta visar också behovet av att vårdsystemen skapar tillgängliga och trygga miljöer där dessa samtal kan äga rum, även inom öppenvården.

En högre andel yngre patienter (under 65 år) vill få information och rådgivning om sexuell hälsa, från både vårdpersonal och genom digitala verktyg, exempelvis via 1177. Personal uttryckte en önskan om verktyg, som affischer, stödmaterial, broschyrer och standardiserade frågeformulär, som kan fungera som samtalsstöd och utbildningsresurs under patientmöten, och bidra till att minska osäkerhet kring ämnet. Integrering av dessa i patientmöten, i journalsystem och patientportaler kan ytterligare underlätta användningen i vårdens vardag.

Vårdpersonalens förmåga att ge rådgivning om sexuell hälsa påverkades av samspelet mellan deras egen och patienternas identitet och sociala position, exempelvis kön, ålder och kulturell bakgrund. Obekvämheter, bristande självförtroende och patientrelaterade faktorer såsom kulturella normer och värderingar kan utgöra hinder för att tala om sexualitet. Självreflektion, etablerade rutiner och öppenhet kan bidra till att övervinna

dessa hinder. Organisatoriska faktorer som tidsbrist, bristande stöd från ledningen, avsaknad av rutiner och riktlinjer samt otillräckliga resurser utgör ytterligare hinder. Vårdpersonal uppgav svårigheter att hinna med samtal om sexuell hälsa inom ramen för ordinarie konsultationer. Bristande ledningsstöd försvårade arbetet med att prioritera området.

Kunskap och erfarenhet är centrala för att vårdpersonal ska kunna möta patienters behov. Både patienter och personal betonade vikten av att skapa möjligheter för patienter att tala om sexualitet genom att ställa direkta frågor och upprätthålla ett öppet och respektfullt samtalsklimat. Samtidigt ifrågasatte vissa om de verkligen besitter den nödvändiga kunskapen och färdigheten för att kunna ge optimal information och rådgivning, vilket tyder på ett behov av standardiserad utbildning i sexuell hälsa för vårdpersonal. Bristen på utbildning som inkluderar sambandet mellan sexualitet, sexuell hälsa och somatisk hälsa under grundutbildningen kan bidra till otillräcklig kompetens inom området. Detta kan i sin tur försvåra bedömningen av patienters behov och utgöra hinder för jämlik och personcentrerad vård. Samtidigt bör det betonas att det inte krävs expertkunskap för att öppna upp samtal om sexualitet. Patienternas frågor är ofta av allmän karaktär och kan besvaras av de flesta vårdprofessioner.

## Slutsatser

Denna rapport visar att patienter med hjärt- och kärlsjukdom uttrycker behov av stöd, information och rådgivningen men att det finns en klyfta mellan dessa behov och det som erbjuds av hälso- och sjukvården. Vårdpersonalen identifierade flera hinder för att möta patienternas behov: personliga attityder och normer, organisatoriska begränsningar och brist på kunskap. För att överbrygga gapet behöver vårdpersonal aktivt inkludera sexuell hälsa som en del av hjärt- och kärlsjukvården, ha ett tillåtande förhållningssätt samt säkerställa respektfull och tydlig kommunikation. För att möjliggöra detta krävs organisatoriskt stöd i form av riktlinjer, rutiner och fortbildning. En sådan satsning skulle inte bara främja patienters välbefinnande, utan också bidra till att höja vårdens kvalitet som helhet. Rapporten visar också att det finns ett stort intresse och förståelse för vikten av ämnet inom forskning, hos patientorganisationer och bland hälso- och sjukvårdspersonal.

## Referenser

1. Steinke EE, Jaarsma T. Sexual counseling and cardiovascular disease: practical approaches. *Asian J Androl.* 2015;17(1):32-9. <https://doi.org/10.4103/1008-682x.135982>
2. Ziapour A, Kazeminia M, Rouzbahani M, Bakhshi S, Montazeri N, Yıldırım M, Tadbiri H, Moradi F, Janjani P. Global prevalence of sexual dysfunction in cardiovascular patients: a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev.* 2024 May 20;13(1):136. doi: 10.1186/s13643-024-02525-0. PMID: 38769586; PMCID: PMC11103881.
3. Steinke EE, Jaarsma T, Barnason SA, Byrne M, Doherty S, Dougherty CM, 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). *Circulation.* 2013;128(18):2075-96. <https://doi.org/10.1161/CIR.0b013e31829c2e53>
4. Kriston L, Günzler C, Agyemang A, Bengel J, Berner MM. Effect of Sexual Function on Health-Related Quality of Life Mediated by Depressive Symptoms in Cardiac Rehabilitation. Findings of the SPARK Project in 493 Patients. *The Journal of Sexual Medicine.* 2010;7(6):2044-55. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01761.x>
5. Byrne M, Doherty S, Fridlund BG, Mårtensson J, Steinke EE, Jaarsma T, et al. Sexual counselling for sexual problems in patients with cardiovascular disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;2(2):Cd010988. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010988.pub2>
6. Katsiki N, Wierzbicki AS, Mikhailidis DP. Erectile dysfunction and coronary heart disease. *Curr Opin Cardiol.* 2015;30(4):416-21. <https://doi.org/10.1097/hco.0000000000000174>
7. Stein R, Sardinha A, Araújo CG. Sexual Activity and Heart Patients: A Contemporary Perspective. *Can J Cardiol.* 2016;32(4):410-20. <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2015.10.010>
8. Mosack V, Steinke EE. Trends in sexual concerns after myocardial infarction. *J Cardiovasc Nurs.* 2009;24(2):162-70. <https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e318197aaa1>
9. Thompson SB, Walker L. Sexual dysfunction after stroke: underestimating the importance of psychological and physical issues. 2011.
10. Steinke EE, Patterson-Midgley P. Importance and timing of sexual counseling after myocardial infarction. *J Cardiopulm Rehabil.* 1998;18(6):401-7. <https://doi.org/10.1097/00008483-199811000-00001>
11. Jaarsma T, Steinke EE, Gianotten WL. Sexual problems in cardiac patients: how to assess, when to refer. *J Cardiovasc Nurs.* 2010;25(2):159-64. <https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e3181c60e7c>
12. Johnson BK. Sexuality and heart disease: implications for nursing. *Geriatr Nurs.* 2004;25(4):224-6. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2004.06.022>

13. Levine GN, Steinke EE, Bakaeen FG, Bozkurt B, Cheitlin MD, Conti JB, et al. Sexual activity and cardiovascular disease: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2012;125(8):1058-72. <https://doi.org/10.1161/CIR.0b013e3182447787>
14. Drory Y. Sexual activity and cardiovascular risk. *Eur Heart J Suppl*. 2002;4(suppl\_H):H13-H8.
15. Byrne M, Doherty S, McGee HM, Murphy AW. General practitioner views about discussing sexual issues with patients with coronary heart disease: a national survey in Ireland. *BMC Fam Pract*. 2010;11(1):1-7.
16. Steinke EE, Barnason S, Mosack V, Wright DW. Changes in myocardial infarction-specific sexual counseling by cardiac nurses. *Dimens Crit Care Nurs*. 2011;30(6):331-8. <https://doi.org/10.1097/DCC.0b013e31822faa9c>
17. Mårtensson J, Fridlund B, Jaarsma T. Sexrådgivning viktig vid kardiovaskulär sjukdom - återgång till sexuell aktivitet ett vanligt problem. *Lakartidningen*. 2014(111:CZH4).

# Bilagor

## Bilaga A – Patientenkät

### Rådgivning och information om sexuell hälsa vid hjärt- och kärlsjukdom

Sexuell hälsa är viktigt, oavsett om man har en sjukdom eller inte.

Följande frågor handlar om sexuell hälsa vid hjärt- och kärlsjukdom och vid lungsjukdom. Syftet är att undersöka tillgången till information och rådgivning för patienter med hjärt- och kärlsjukdom. Det finns många kopplingar mellan hjärt- och kärlsjukdom och sexuell hälsa och därför är vi intresserade av dina erfarenheter och behov av information och

rådgivning. Vi som har tagit fram den här enkäten är Avdelningen för omvårdnad och reproduktiv hälsa på Linköpings universitet tillsammans med Kunskapscentrum för sexuell hälsa i Västra Götalandsregionen. Resultat från denna enkät kommer att användas i forskning och i verksamhetsutveckling. Dina svar är anonyma och resultaten kommer att presenteras på gruppnivå utan att någon enskild individ kan identifieras. Du som deltar i enkäten kan kontakta nedanstående kontaktperson för att ta del av de övergripande resultaten.

Enkäten tar cirka 10 minuter att svara på. Välj de svarsalternativ som stämmer bäst in på dig på varje fråga. Observera att på vissa frågor kan du uppge mer än ett svar. Vi behöver dina svar senast 31 mars 2024.

#### 1. Samtycke till medverkan i enkätstudie

*Denna enkät är anonym och innehåller inga personuppgifter som kan kopplas till dig. Resultaten kommer att publiceras och presenteras på gruppnivå utan att någon enskild individ kan identifieras. Deltagandet i denna enkät är helt frivilligt, du kan när som helst avbryta utan att skicka in dina svar. Om du väljer att inte delta eller vill avbryta ditt deltagande behöver du inte uppge varför. Behandling av enkätsvaren sker utifrån gällande dataskyddslagstiftning samt forskningsetiska principer. Forskningsansvarig är Tiny Jaarsma, professor i vårdvetenskap vid Linköpings universitet.*

- Jag har skriftligen informerats om enkätstudien och samtycker till att delta. Jag är medveten om att mitt deltagande är frivilligt och anonymt och att jag kan avbryta mitt deltagande utan att uppge något skäl.

Jag samtycker inte

**2. Tillstånd, sjukdomar och behandlingar - Vad har du erfarenhet av?**

(Observera att du kan fylla i fler svarsalternativ)

- Hjärtinfarkt
- Högt blodtryck
- Kärlkramp
- Hjärtsvikt
- Blodpropp (trombos)
- TIA
- Stroke
- Pulsåderbräck (aneurysm)
- Förmaksflimmer
- Hjärtklaffsjukdom
- Arytmi
- Medfött hjärtfel
- Pacemaker
- Defibrillator
- Hjärtkirurgi
- Lungsjukdom exempelvis astma eller KOL
- Plötsligt hjärtstopp
- Annat

**Sexuell hälsa**

*Sexuell hälsa innefattar till exempel sexualitet, kropp och funktion, hälsostatus, njutning och tillfredsställelse. En god sexuell hälsa kan du ha både om du har sex med dig själv eller med andra, men också om du inte har sex alls och är tillfreds med det. För att kunna ta hand om din sexuella hälsa behövs tillgång till information, vård och rådgivning.*

**3. Upplever du att din sexuella hälsa påverkar ditt mående?**

- Inte alls
- Till viss del
- Till stor del
- Till mycket stor del

**4. Upplever du att din sexuella hälsa har påverkats negativt av din diagnos, sjukdom eller behandling?**

- Inte alls
- Till viss del
- Till stor del
- Till mycket stor del
- Min sexuella hälsa har påverkats på ett positivt sätt

**Erfarenheter av att få information eller rådgivning om sexuell hälsa från hälso- och sjukvården**

**5. Har du fått information eller rådgivning av hälso- och sjukvårdspersonal om hur din sexuella hälsa kan påverkas av din sjukdom, diagnos eller behandling?**

- Ja

Nej

**6. Vad har du fått information eller rådgivning om?**

(Observera att du kan fylla i fler svarsalternativ)

- Erektionssvikt
- Smärta vid sex
- Oro eller rädsla inför sexuell aktivitet
- Biverkningar av läkemedel
- Biverkningar och komplikationer vid ingrepp
- När du kan ha sex med dig själv eller andra
- Lust och relationer
- Annat

**7. När fick du information eller rådgivning om sexuell hälsa?**

(Observera att du kan fylla i fler svarsalternativ)

- I samband med diagnos
- I samband med läkemedelsförskrivning
- Inför operation
- Vid uppföljning efter operation
- Vid uppföljning av läkemedel
- Vid en årskontroll
- Annat

**8. Vem gav dig information eller rådgivning om sexuell hälsa?**

(Observera att du kan fylla i fler svarsalternativ)

- Kurator/psykolog
- Sjuksköterska
- Läkare
- Fysioterapeut
- Arbetsterapeut
- Undersköterska
- Dietist
- Chatt eller telefonsamtal med 1177
- Vet ej/minns inte
- Annat

**9. Var fick du informationen eller rådgivningen?**

(Observera att du kan fylla i fler svarsalternativ)

- Vårdcentral
- Rehabmottagning
- Avdelning eller mottagning på sjukhus
- På nätet/digitalt
- Annat

**10. Hade du önskat eller behövt få information eller rådgivning om sexuell hälsa?**

- Ja
- Nej
- Vet inte

**11. Har du fått information eller rådgivning utanför hälso- och sjukvården om hur din sexuella hälsa kan påverkas av din sjukdom/diagnos/behandling?**

- Ja
- Nej

**12. Vem har gett dig information eller rådgivning?**

(Observera att du kan fylla i fler svarsalternativ)

- Patientorganisation t.ex. Hjärt-Lungfonden eller Riksförbundet HjärtLung
- Har själv sökt information på 1177
- Har själv sökt information från annan källa via nätet
- Sexualpolitisk organisation t.ex. RFSU eller RFSL
- Annat

**13. Vilken information och rådgivning om sexuell hälsa hade du önskat eller behövt?**

(Observera att du kan fylla i fler svarsalternativ)

- Erektionssvikt

- Smärta vid sex
- Oro eller rädsla inför sexuell aktivitet
- Påverkan på lust och relationer
- Biverkningar av läkemedel
- Biverkningar och komplikationer vid ingrepp
- När du kan ha sex med dig själv eller andra
- Vilka sexuella praktiker som innebär hög belastning
- Annat

**14. Har du kunnat ställa frågor till hälso- och sjukvårdspersonal om sexuell hälsa?**

- Ja
- Nej
- Vet inte

**15. När tycker du att det skulle passa bäst att få information och rådgivning?**

(Observera att du kan fylla i fler svarsalternativ)

- I samband med diagnos
- I samband med läkemedelsförskrivning
- Inför operation
- Vid uppföljning efter operation
- Vid uppföljning av läkemedel
- Vid en årskontroll

Annat

**16. Vem tycker du ska kunna ge information och svara på frågor?**

(Observera att du kan fylla i fler svarsalternativ)

Kurator/psykolog

Sjuksköterska

Läkare

Fysioterapeut

Arbetsterapeut

Undersköterska

Dietist

Chatt eller telefonsamtal med 1177

Vet ej

Annat

**17. Var tycker du att det ska finnas möjlighet att få information och ställa frågor om sexuell hälsa?** (Observera att du kan fylla i fler svarsalternativ)

Vårdcentral

Rehabmottagning

Avdelning eller mottagning på sjukhus

Annat

**18. Hur vill du få information och rådgivning om sexuell hälsa vid hjärt- och kärlsjukdom?**

(Observera att du kan fylla i fler svarsalternativ)

- Samtal med hälso- och sjukvårdspersonal
- Samtalsgrupper
- Broschyr
- På 1177
- På patientorganisations hemsida, t.ex. Hjärt-Lungfondens eller Riksförbundet HjärtLungs hemsida
- Informationsfilm
- App
- Möjlighet att få information och rådgivning vid olika tillfällen från flera källor, t.ex. både vid diagnos, läkemedelsförskrivning och inför operation.
- Annat

**19. Hur tycker du att partners bör få information och rådgivning om sexuell hälsa vid hjärt- och kärlsjukdom?**

(Observera att du kan fylla i fler svarsalternativ)

- Inte alls
- Muntligt från hälso- och sjukvårdspersonal utan att jag är med
- Samtal med hälso- och sjukvårdspersonal tillsammans med mig
- Skriftlig information
- Via samtalsgrupper
- Annat



**20. Vad är viktigt att tänka på för den som ska ge information eller rådgivning om sexuell hälsa till patienter med hjärt- och kärlsjukdom?**

### Frågor om dig

(Observera att dina svar är anonyma och att resultaten från enkäten kommer att presenteras på gruppnivå utan att någon enskild individ kan identifieras)

**21. Hur gammal är du?**

**22. Vilket kön har du?**

- Kvinna
- Man
- Ickebinär

**23. Är du eller har du erfarenhet av att vara transperson?**

- Ja
- Nej

**24. Har du fått vård för hjärt- och kärlsjukdom i Västra Götalandsregionen?**

(Från offentlig eller privat vårdgivare)

- Ja
- Nej

## Övriga kommentarer, synpunkter och förslag

25. Dela gärna med dig av kommentarer, synpunkter och förslag:

## Frågor

Om du har frågor om enkäten eller vill ta del av de sammanställda resultaten går det bra att kontakta forskningsansvarig [tiny.jaarsma@liu.se](mailto:tiny.jaarsma@liu.se) .

## Bilaga B

### Samtyckesblankett

#### **Information till deltagare vid workshop om sexuell hälsa vid hjärt- och kärlsjukdom**

#### **Vad innebär workshopen och varför vill ni att jag ska delta?**

Vi vänder oss till dig som i ditt dagliga kliniska arbete möter patienter med hjärt- och kärlsjukdom inom öppen eller specialistvård i Västra Götalandsregionen. Vi vill ha en bredd av erfarenheter och ser därför gärna att personer med olika professioner deltar på workshopen.

Workshopen är en del av en undersökning om information och rådgivning om sexuell hälsa till patienter med hjärt- och kärlsjukdom. Syftet med workshopen är att undersöka hälso- och sjukvårdspersonalens erfarenheter, kunskaper och behov i relation till att ge information och rådgivning om sexuell hälsa till patienter med hjärt- och kärlproblematik. För att nå syftet med undersökningen vill vi ta del av så väl hälso- och sjukvårdspersonals som patienters erfarenheter, upplevelser och behov. Resultaten från undersökningen kommer att användas i verksamhetsutveckling men kan även komma att användas i forskning och i publikationer. Resultatet kommer att presenteras och publiceras i vetenskapliga möten och artiklar på ett sådant sätt att inga enskilda individer eller verksamheter kan identifieras.

#### **Hur går workshopen till?**

Workshopen baseras på deltagande metoder och diskussioner som kommer att spelas in (ljudupptagning). Utöver det kommer skriftliga anteckningar att tas. Workshopen beräknas ta 3 timmar inklusive paus. Deltagarna kommer att samtala om sina erfarenheter av att ge rådgivning och information om sexuell hälsa till patienter samt vilken kunskap och vilka förutsättningar som finns för att kunna ge information och rådgivning. Deltagarna kommer även att samtala om sina behov och önskemål avseende att kunna ge information och rådgivning till patienter.

#### **Frivillighet**

Deltagandet är helt frivilligt så du kan när som helst avbryta utan förklaring, även under pågående workshop. Du kan även fram till publicering välja att avbryta ditt deltagande. Om du väljer att inte delta eller vill avbryta ditt deltagande behöver du inte uppge varför. Om du vill avbryta ditt deltagande ska du kontakta ansvariga för undersökningen (se nedan).

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

Dina svar kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem.

Ansvarig för dina personuppgifter är Linköpings Universitet. Enligt EU:s dataskyddsförordning har du rätt att kostnadsfritt få ta del av de uppgifter om dig som hanteras i studien, och vid behov få eventuella fel rättade. Du kan också begära att uppgifter om dig raderas samt att behandlingen av dina personuppgifter begränsas. Om du vill ta del av uppgifterna ska du kontakta projektansvarig, se kontaktuppgifter längst ned i dokumentet.

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

Resultat från denna workshop kommer att redovisas i en rapport samt eventuellt i olika vetenskapliga tidskrifter och konferenser. Resultatet kommer endast redovisas på gruppnivå och utan möjlighet att identifiera enskilda personer. Observera att ingen information om de enskilda svaren lämnas ut. Vi kommer även att kontakta tidningar som kan skriva om undersökningen på ett populärvetenskapligt sätt. Du som deltar i workshopen kan kontakta någon av nedanstående personer för att ta del av de övergripande resultaten.

### **Ansvariga för undersökningen**

Tiny Jaarsma, projekt- och forskningsansvarig, professor,

kontaktuppgifter: [tiny.jaarsma@liu.se](mailto:tiny.jaarsma@liu.se), 073-6569337

Tommy Persson, workshopledare, utvecklingsledare,

kontaktuppgifter: [tommy.persson@vgregion.se](mailto:tommy.persson@vgregion.se), 072-2103285

Du är välkommen att höra av dig om du har frågor eller synpunkter på undersökningen.

### Samtycke till att delta i workshopen

Jag har fått muntlig och/eller skriftlig information om workshopen och den undersökning som denna ingår i och har haft möjlighet att ställa frågor. Jag får behålla den skriftliga informationen.

- Jag samtycker till att delta i studien Sexuell hälsa och hjärt-kärlsjukdom inom Hälso-och sjukvården
- Jag samtycker till att mina personuppgifter behandlas på det sätt som beskrivs i forskningsinformationen.

Plats och datum	Underskrift

### Personuppgifter

Namn \_\_\_\_\_

Verksamhet \_\_\_\_\_

E-post \_\_\_\_\_

Mobilnummer \_\_\_\_\_

Samtyckesblanketten mailas innan workshop för att i lugn och ro kunna läsa igenom och ifylles under workshop

Studien är godkänd av den Regionala etikprövningsnämnden i Göteborg.