

Seksualiteten etter kreften

Sykepleiere har alle muligheter til å være gode rådgivere og samtalepartnere om veien tilbake til et seksualliv etter kreftbehandling.

Forfatter

Randi Gjessing
Sexologisk rådgiver og onkologisk sykepleier
Akershus universitetssykehus

Seksualfunksjon

Kreftbehandling

Seneffekter

Kreft

Sykepleien 2018 106(72373)(e-72373)

DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.72373>

Hovedbudskap

Ulike behandlingsformer ved kreft kan gi seneffekter som i stor grad kan innvirke på seksualfunksjon og samliv. Rett etter at kreftdiagnosen er stillet, er de aller fleste krefttrammede mest opptatt av sykdommens prognose og behandling. Informasjon som gis før behandling, oppfattes gjerne ikke i den stressede situasjonen omkring diagnosetidspunktet. Informasjonen om kreftbehandlingens innvirkning på seksualfunksjonen må derfor være både skriftlig og muntlig, og den må gjentas.

Det er viktig å gi god informasjon om kreftbehandlingens konsekvenser for seksualfunksjonen til alle kreftpasienter.

Erfaringsmessig er informasjon om dette svært kjærkomment for de aller fleste, og for dem det ikke er aktuelt for, oppleves det sjelden galt at det tas opp av sykepleier eller lege.

Når en kreftdiagnose stilles, og også under behandlingen, er mange pasienter i liten grad opptatt av seksualfunksjonen. Derfor må informasjon om seneffekter på seksualfunksjonen gjentas og gis både skriftlig og muntlig.

En studie fra England viste at alle de spurte kreftpasientene ønsket skriftlig eller muntlig informasjon om kreftbehandlingens påvirkning på seksualfunksjonen (1).

Hva er seksualitet?

Verdens helseorganisasjon (WHO) har definert seksualitet slik (2):

Seksualitet er en integrert del av ethvert menneskes personlighet, noe som ikke kan skilles fra andre sider av livet. Seksualiteten er ikke det samme som samleie eller evnen til å få orgasme – seksualitet er mye mer. Den finnes i den energien som driver oss mot å søke kjærlighet, varme og nærhet.

Seksualiteten uttrykkes i hva vi føler, hvordan vi beveger oss, og hvordan vi berøres av andre. Seksualiteten påvirker våre tanker, følelser, handlinger og vårt samspill med andre mennesker.

Seksualitet er langt mer enn samleie og orgasme. Min erfaring er at både norske kvinner og menn trekker frem at seksualitet også handler om intimitet og nærhet. Gjennom et godt seksualliv kan behovene for både lek, glede, atspredelse, kjærlighet, velvære og bekreftelse bli møtt.

Det er ulikt hvor viktig seksualiteten oppleves, og det kan variere i et enkelt menneskes liv avhengig av livssituasjon.



«Seksualitet er langt mer enn samleie og orgasme.»

Hvor lenge en er seksuelt aktiv, varierer. Seksuell aktivitet synker med alderen, men selv i aldersgruppen mellom 75 og 85 år angir 40 prosent av menn og 17 prosent av kvinner at de er seksuelt aktive (3).

Grunnen til at kvinner oppgir å være mindre seksuelt aktive, handler om tilgjengeligheten av menn i samme alder samt at kvinner etter menopause kan ha langt mindre seksuell interesse enn menn. For eldre er lengden på forholdet ofte avgjørende; mennesker som er over 65 år, blir mer seksuelt aktive når de møter en ny partner.

Informasjon oppfattes ikke

De som allerede har et godt og velfungerende seksualliv når de blir rammet av kreft, er som regel de som er mest opptatt av å få informasjon om hvordan sykdom og behandling kan innvirke på deres seksualfunksjon. God seksuell helse er avhengig av blant annet kvaliteten på et eventuelt parforhold og ikke minst den generelle helsen utover kreftsykdommen.

Diabetes, hjerte- og karsykdom, fedme, røyking og mange ulike medikamenter kan gi større eller mindre seksuelle dysfunksjoner (4). Dette må alltid tas med i vurderingen når helsepersonell skal informere kreftpasienter om mulige seksuelle seneffekter etter kreftbehandling. Det er viktig å spørre pasienten om vedkommendes seksualfunksjon før kreftsykdommen for å kunne gi god informasjon om hva man kan forvente seg etter avsluttet kreftbehandling.

Rett etter at kreftdiagnosen er stillet, er de aller fleste kreftrammede mest opptatt av sykdommens prognose og behandling (3). Som en av mine pasienter uttalte: «Så lenge jeg blir frisk av min kreftsykdom, er det ikke så farlig med ereksjonen.»

Ikke sjelden opplever vi også at informasjon som gis før behandling, ikke oppfattes i den stressede situasjonen omkring diagnositidspunktet. Derfor kan det erfaringsvis ta flere måneder eller år før kreftoverlevende søker hjelp for seksuelle dysfunksjoner etter kreftbehandlingen.

Trekker seg unna

Seksualitet er, som tidligere nevnt, langt mer enn ereksjon, samleie og orgasme. Likevel ser vi at når kreftoverlevende har problemer med å få ereksjon, eller mangler lyst, eller har smerter ved samleie, trekker de seg også unna annen intimitet og nærhet.

En mann som opplever ereksjonsproblemer, kan trekke seg unna partner fordi det blir ekstra sårt og vanskelig når han opplever at de situasjonene som tidligere ga ham ereksjon, ikke lenger gjør det. Mange beskriver at de opplever seg som «mindre menn», og det går ut over selvfølelsen, slik at de trekker seg unna partneren.

Kvinner som ikke klarer å gjennomføre samleie, kan fortelle at de ikke klarer å legge seg inntil partneren eller gi eller motta kjærtegn fordi de er redde for at partneren tror at «nå skal vi ha sex!».

Partneren er ofte klar over at kreftoverleveren ikke ønsker eller klarer å ha samleie, og av hensynsfullhet trekker han eller hun seg unna mer nærhet enn det rent seksuelle. Noen ganger får dette som konsekvens at den som har vært syk, feiltolker dette slik: «Ja, dette bekrefter jo at jeg ikke lenger er attraktiv som seksualpartner.»



«Det de savner mest, er nettopp nærheten, kjærtegnene og intimiteten.»

Dette blir gjerne en ond sirkel, der den seksuelle dysfunksjonen ikke bare ødelegger for det rent seksuelle, men også for nærheten, kosen og intimiteten. De fleste par som kommer til meg for sexologisk rådgiving etter kreftbehandling, sier at det de savner mest, er nettopp nærheten, kjærtegnene og intimiteten.

For å kunne hjelpe et par med å gjenoppta seksuallivet er det derfor av stor viktighet at de får råd om å være mer kjærester før de prøver å for eksempel ha samleie. Professor i sexologi ved Universitetet i Agder, Esben Esther Pirelli Benestad, sa på en forelesning noe som etter min mening er veldig riktig: «Det er mye mellom null og knull.» Dette er ofte en god huskeregel å ha i bakhodet når sykepleieren skal gi sexologisk rådgiving til kreftoverlevende.

Den seksuelle responssyklusen

For å forstå hvordan kreftbehandling kan påvirke seksualfunksjonen til kreftoverlevende, kan det være nyttig å ta utgangspunkt i den seksuelle responssyklusen.

Den seksuelle responssyklusen beskriver i fire faser hvordan mennesker reagerer seksuelt (3):

Lystfasen. Her oppstår det tanker og fantasier om seksuelle aktiviteter. Disse følelsene kan utløses av ulike sanseopplevelser, og for å sette i gang disse seksuelle tankene og fantasiene er testosteron en viktig faktor.

Opphisselsesfasen. I denne fasen kjennes en subjektiv følelse av seksuell tenning, ledsaget av kroppslige forandringer. Hos mannen strømmer det blod til penis og puls og blodtrykk stiger. Noen menn opplever at det kommer litt væske fra urinrørsåpningen; dette kalles gjerne for forsats. Kvinnen blir våt i skjeden, noe som kalles lubrikasjon.

Orgasme fasen. I denne fasen er lystfølelsen intens, et følelsesmessig klimaks. Fysiologisk skjer det en sammentrekning i kjønnsorganet. Mannen får ejakulasjon.

Orgasme fasen hos mannen beskrives både med orgasme og ejakulasjon, fordi de ofte opptrer samtidig, men dette er to forskjellige reflekser og trenger ikke nødvendigvis opptre samtidig. En mann kan gjerne få orgasme selv om han ikke får ereksjon, da disse mekanismene styres av ulike nerver. Pulsen, blodtrykket og seksualrødmen er på det maksimale.

Avslapningsfasen. Her kjennes en følelse av velvære og avslapning, og ofte en trang til å sove. Under orgasmen frigis oksytocin, som gir en følelse av ro i kroppen og et ønske om å tilknytte seg til partneren. Oksytocin er et avslapnings- og tilknytningshormon som demper stresshormonet kortisol.

Ereksjonen avtar gradvis i denne fasen. Menn trenger ofte en lengre avslapningsfase før en eventuell ny utløsning. Dette kalles refraktærfasen, der mannen ikke reagerer på seksuell stimulering. Kvinner kan ofte oppnå flere orgasmer etter hverandre innenfor et relativt kort tidsrom.

Konsekvenser for seksualfunksjonen

Hvilke seksuelle seneffekter pasienten kan forvente seg, avhenger av hva slags kreftsykdom pasienten har hatt, hvilken type behandling pasienten har mottatt, og som tidligere nevnt pasientens generelle helse og seksuelle funksjon da han eller hun ble syk.

Det antas at over halvparten av alle kreftpasienter vil oppleve seksuelle problemer etter behandlingen (3).

Lystfasen

Det vanligste seksuelle problemet hos kvinnelige kreftoverlevende er manglende lyst. Ofte er dette sammensatt, og fatigue er en viktig medvirkende årsak. Sex er ofte et overskuddsfenomen, og er en trett og mangler energi, er ikke sex det en tenker mest på. Som en av mine kvinnelige pasienter uttalte: «Du blir ikke kåt når du er trett.»

En annen viktig faktor er selvbildet. Kvinner sier ofte at kreftsykdommen har påvirket deres opplevelse av å være bra nok som kvinne, av å føle seg attraktiv. Dette kan skyldes endret utseende på grunn av håravfall, arr etter kirurgi, økt eller tapt vekt, stomi eller endret bryst. Manglende mulighet til å oppfylle sin rolle, ofte som følge av fatigue, og dårlig samvittighet for partner som ikke «får sex», kan påvirke selvbildet negativt (3).



«Du blir ikke kåt når du er trett.»

Kvinnelig kreftoverlever

En ofte oversett årsak til manglende lyst og interesse hos kvinnelige kreftoverlevende er mangel på testosteron (3). Testosteron er viktig for lyst hos både kvinner og menn. Hos kvinner produseres mesteparten av testosteronet i eggstokkene, og både høye doser kjemoterapi, strålebehandling mot bekkenet, hormonbehandling ved brystkreft og selvsagt kirurgisk fjerning av eggstokker vil påvirke hormonproduksjonen.

Dette er mest merkbart hos premenopausale kvinner, som, brutalt sagt, kan bli kastret av kreftbehandlingen. Uten testosteron vil mange kvinner oppleve tiltaksløshet, fravær av seksuelle fantasier og drømmer, og økt tretthet i tillegg til den manglende sexlysten.

For mange kvinner oppleves det lettere å gjenvinne sexlysten dersom de føler seg sett og opplever støtte av partner.

Noen single kvinner sliter med tanker som «Hvem vil ha en kvinne med ett bryst?» eller «Når skal jeg fortelle en fremtidig partner at jeg har hatt kreft og har pose på magen?».



«Testosteron er viktig for lyst hos både kvinner og menn.»

Menn kan også ha problemer med lyst, og da er årsaken ofte mangel på testosteron, slik som hos kvinner. Ved hormonbehandling av prostatakreft vil testosteronet være ned mot null, og ved store doser kjemoterapi ved andre kreftsykdommer kan testosteronet bli merkbart redusert i kortere eller lengre perioder (5).

Fatigue er også en klar årsak til redusert lyst hos menn. Menn med erektil dysfunksjon vil kunne rapportere om mindre lyst fordi de etter hvert mister interessen på grunn av den underliggende frykten for ikke å få ereksjon. Det er viktig å kartlegge om mannens ereksjonsproblem er et rent ereksjonsproblem eller et lystproblem, siden mannen ikke får ereksjon dersom han ikke har lyst (5).

Kort oppsummert kan sexlysten hos begge kjønn svekkes av hormonelle endringer, forhold til partner, bekymringer, andre plagsomme symptomer og bivirkninger som smerte og kvalme, samt fatigue.

Opphisselsesfasen

Den vanligste seksuelle dysfunksjonen hos mannlige kreftoverlevende er knyttet til opphisselsesfasen, nemlig ereksjonsproblemer eller total ereksjonssvikt (3).

Den største gruppen av disse pasientene finner vi blant dem som er behandlet for prostatakreft, men også blant mange med blære- og tarmkreft. For å få en god ereksjon trengs det tilfredsstillende blodsirkulasjon, nervestimulering og testosteron som stimulerer lyst.

Ved kirurgisk behandling av prostata- og blærekreft vil mannen nesten uten unntak oppleve ereksjonsproblemer rett etterpå, som følge av nerveskade. Dersom ereksjonen var god preoperativt og det gjøres nervesparende kirurgi, vil ereksjonen kunne bedres opptil to–fire år etter kirurgi.



«Den vanligste seksuelle dysfunksjonen hos mannlige kreftoverlevende er knyttet til opphisselsesfasen.»

Ved strålebehandling av prostata er det blodsirkulasjonen som svekkes, og dette skjer gjerne over tid. Ved hormonbehandling av prostatakreft vil nesten alltid ereksjonsevnen opphøre fordi evnen til seksuell stimulering blir borte. Dog finnes det sjeldne unntak (5).

Også annen kirurgi i bekkenet vil kunne skade nervene som styrer ereksjonen.

Mange medikamenter kan gi erektil dysfunksjon, blant annet blodtrykksmedisiner, kolesterolsenkende medisiner og psykofarmaka.

Kvinner vil kunne oppleve mangelfull lubrikasjon som følge av manglende lyst, men også tørre og såre slimhinner i skjeden etter strålebehandling mot bekkenet og medikamenter som blokkerer eller stopper østrogenproduksjonen. Dette gjelder i særlig grad kvinner som mottar hormonbehandling etter brystkreft, og kvinner som er påført for tidlig overgangsalder som følge av stråling mot bekken eller kjemoterapi.

En annen seneffekt som medfører store problemer, er akutt transplantat-mot-vert-reaksjon (GVHD) i skjeden hos kvinner som har fått allogen stamcelletransplantasjon. Disse forandringene i skjeden kan gi den samme typen sammenvoksinger i skjeden som etter strålebehandling mot bekkenet (6).

Ved allogene stamcellebehandling får pasienten stamceller fra en annen person (donor). Transplantasjonen innledes med en så kraftig cellegiftbehandling at de fleste bloddannende stamcellene dør. Deretter overføres det friske stamceller fra donoren. Selve transplantasjonen foregår som en blodoverføring.

Kilde: Kreftforeningen

Orgasmefasen

Mangelen på orgasme hos kreftoverlevende skyldes ofte mangel på lyst, og hos menn mangelfull kunnskap om at de kan få orgasme selv om de ikke har ereksjon. Fatigue kan også svekke evnen til orgasme, fordi det krever både energi og tilstedeværelse å få orgasme.

Noen ganger skyldes problemer med å få orgasme at det er gjort skader på nerver under behandlingen, medikamenter, eller i sjeldne tilfeller at klitoris eller penishodet er kirurgisk fjernet på grunn av kreftsykdommens beliggenhet ved cancer vulva og cancer penis.

Å få orgasme er ofte en trenings sak, så det er viktig å informere pasienten om å trene denne funksjonen på lik linje med andre funksjoner.

Menn som har fått fjernet prostata og sædblære ved blære- og prostatakraft, må informeres om at det ved orgasme ikke vil være sæduttømming. Noen typer kirurgi i bekkenet vil medføre retrograd ejakulasjon, altså at sæden går til blæren i stedet for ut gjennom urinrøret ved utløsning.

Avslapningsfasen

Dersom de tre første fasene i den seksuelle responssyklusen fungerer hos kreftoverleveren, vil hun eller han neppe oppleve problemer i denne fasen.

Seksuell rehabilitering

Som sykepleiere er vi opplært til å tenke rehabilitering tidlig i pasientens sykdoms- og behandlingsforløp. De samme prinsippene gjelder for seksuell rehabilitering. Dersom en ønsker å bevare eller forbedre en funksjon, må denne jobbes med og stimuleres.

Sykepleieren bør ha en viktig rolle i å informere pasienten om dette.

Menn

Som tidligere beskrevet er menns hyppigste seksuelle seneffekt etter kreftbehandling erektil dysfunksjon (ED) (3). Når pasienten klager over ED, må man først avklare om pasienten har morgenereksjon eller nattlige ereksjoner, fordi dette vil si noe om hans fysiske ereksjonsevne er skadet eller ikke. Dersom pasienten avkrefter dette, er det viktig å starte med seksuell rehabilitering, dersom pasienten ønsker å forbedre og/eller gjenvinne sin ereksjonsfunksjon.

Det finnes ulike hjelpemidler og medikamenter for å bedre eller gjenvinne ereksjonsfunksjonen.

Vakuumpumpe er et hjelpemiddel pasienten kan få kostnadsfritt; lege eller sykepleier bestiller den gjennom et skjema fra Nav. Ved å bruke pumpen jevnlig oppnås det økt blodgjennomstrømming til erektilt vev i svampegemene, noe som er viktig for å unngå atrofi og fibrose.

Pasienten bør oppfordres til å tenke på vakuumpumpen som et slags treningsapparat, som bør benyttes flere ganger i uken.

Det finnes ulike tabletter, såkalte PDE5-hemmere, som kan gi bedret ereksjon dersom lysten er intakt.

Erfaringsmessig er ikke en PDE5-hemmer alene nok til en tilstrekkelig god ereksjon hos menn med ED som er operert for prostatakreft, særlig ikke når det er kort tid etter behandlingen.



«Alle medikamentene virker best når pasienten er seksuelt stimulert.»

Dersom mannen ønsker å gjennomføre samleie, kan intracavernøse injeksjoner være en meget god hjelp. Det nyeste preparatet på markedet, Invicorp med virkestoffene aviptadil og fentolaminmesilat, er svært effektivt og gir lite lokal svie eller smerte. Pasienten må få opplæring i å trekke opp medikamentet og i å sette sprøyten riktig. Dersom pasienten bruker blodfortynnende, skal det vises forsiktighet, og mannen må informeres om å oppsøke lege ved priapisme.

I juni 2018 kom det et nytt preparat, Vitaros med virkestoffet alprostadil, på markedet i Norge, en krem som dryppes i urinrøret. Alle medikamentene virker best når pasienten er seksuelt stimulert, de er reseptbelagte og må betales av pasienten selv. Det finnes ingen refusjonsordninger.

Kvinner

Kvinnens vanligste seksuelle seneffekt etter kreftbehandling er manglende lyst. Det er ulike måter å jobbe med å få økt lyst, men det er viktig å måle kvinnens hormonnivå, og det kan være nødvendig med hormonsubstitusjon.

Dersom kvinnen kommer i for tidlig menopause som følge av kreftbehandlingen og hun ikke har en hormonfølsom kreft som brystkreft eller livmorkreft, bør også testosteron i form av en transdermal krem vurderes.

Smerter og sårhet i skjeden som følge av lavt østrogennivå kan avhjelpes med østrogen lokalt i skjeden. For kvinner med brystkreft skal det ikke gis østrogen, men det finnes gode hormonfrie stikkpiller til skjeden som kjøpes reseptfritt på apotek.

Silikonbaserte glidekremer er til god hjelp for mange.



«Hjelpemidler eller medikamenter må alltid kombineres med god informasjon.»

For å unngå sammenvoksinger i skjeden etter strålebehandling mot bekken og ved GVHD i skjeden bør kvinnen alltid få et dilatatorsett, som bestilles gjennom Nav. Det er gratis for pasienten.

Kvinnen bør frarådes å ha samleie når dette er smertefullt.

Sykepleieren kan også bestille massasjeapparat/vibrator gjennom Nav dersom pasienten strever med å oppnå orgasme.

Hjelpemidler eller medikamenter må alltid kombineres med god informasjon og er ikke en erstatning for en god samtale mellom pasient og sykepleier.

Kommunikasjon

Enten det er en kvinne eller mann som er syk, er det viktig å tilby pasienten å ha med en eventuell partner når man skal informere om seksualitet etter kreftbehandling. Det er et godt tiltak å informere om at det er viktig å pleie den delen av nærheten og intimiteten som ikke er påvirket av sykdom og behandling.

I de tilfellene der kvinnen har vært syk, ser vi ofte at hun lettere finner tilbake til den seksuelle interessen dersom partneren har vært støttende og engasjert under hennes kreftsykdom. Menn opplever gjerne mer engasjement fra sin partner i sin seksuelle rehabilitering dersom intimiteten i forholdet bevares tross ereksjonsproblemer.

Mange sykepleiere synes det er vanskelig å snakke med pasienter om seksualitet. Dette må ikke medføre at vi unngår å ta det opp. Det vi trener på, blir vi bedre i. Ved gode kommunikasjonsferdigheter, empati og interesse kommer en langt.

Når det gjelder å starte samtaler om seksualitet, kan det være lettere å informere pasienten fremfor å stille ham eller henne mange spørsmål.

En fin innledning kan for eksempel være: «Du har fortalt meg at din fatigue hemmer deg i mye. Mange i din situasjon forteller at fatigue også har store innvirkninger på intimiteten og seksuallivet.»

På den måten får vi normalisert problemet samtidig som vi åpner opp for videre samtale.

Det kan være greit å tenke gjennom hvilke ord vi vil bruke når vi snakker om seksualitet, før vi går i gang. Samtaler om seksualitet krever raushet. Når sykepleieren har gode samtaler om seksualitet, kan hun eller han få informasjon som både sjokkerer og provoserer.

Oppsummering

Ulike behandlingsmodaliteter ved kreft kan gi plagsomme seneffekter som i stor grad kan innvirke på seksualfunksjon og samliv. Pasientenes seksualliv før de fikk kreftsykdommen, pasientenes generelle helse samt alder vil kunne predikere hva de kan forvente av utfordringer.



«Seksuell rehabilitering bør komme i gang kort tid etter at behandlingen er avsluttet.»

På diagnositidspunktet og i behandlingsperioden er mange pasienter i liten grad opptatt av seksualfunksjonen. Derfor må informasjonen som gis om dette, være både skriftlig og muntlig, og den må gjentas. Seksuell rehabilitering bør komme i gang kort tid etter at behandlingen er avsluttet.

En eventuell partner bør inkluderes, og det bør rettes like mye oppmerksomhet mot intimitet og nærhet som mot sex, fordi veien tilbake til et seksualliv ofte forutsetter at paret «er kjærester» og har god kommunikasjon.

Sykepleiere har kunnskap om både kommunikasjon, sykdom og behandling. Sykepleiere har alle muligheter til å være gode samtalepartnere om dette temaet, som det snakkes for lite om i kreftomsorgen.

Referanser

1. Stead ML, Brown JM, Fallowfield L, Selby P. Lack of communication between healthcare professionals and women with ovarian cancer about sexual issues. *British Journal of Cancer*. 2003;88(5):666–71.
2. Langfeldt T, Porter M. Sexuality and family planning: report of a consultation and research findings. København; Verdens helseorganisasjon; 1986.
3. Gjessing R, Borg T, Dahl AA. Problemer med seksualitet. I: Loge JH, Dahl AA, Fosså SD, Kiserud CE, red. *Kreftoverlevende: Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv*. 2. utg. Oslo: Gyldendal; 2013. s. 87–108.
4. Vaaler S, Løvkvist H, Svendsen K-O, Furuseth K. Erektile dysfunksjoner hos norske menn over 40 år. *Tidsskr Nor Legeforen*. 2001;121:28–32.
5. Gjessing R. Sykepleieutfordringer ved kreft i mannlige kjønnsorganer. I: Reitan AM, Schjølberg TK, red. *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2017.

6. Lorentz B. Transplantat-mot-vert-sykdom [internett]. Oslo: Oncolex; [oppdatert 06.05.2013; sitert 22.08.2018]. Tilgjengelig fra: [http://oncolex.no/Home/Leukemi/Prosedyekatalog/Op
pfolging/GVHD.aspx](http://oncolex.no/Home/Leukemi/Prosedyekatalog/Op
pfolging/GVHD.aspx)