

Vi mangler evidens for nedtrapping under tvang

Monica Sarfi

Psykolog/ph.d., Senter for rus og avhengighetsforskning (SERAF), UiO

Helge Waal

Senter for rus og avhengighetsforskning (SERAF)

Walhovd og kolleger mener kvinnene kan avvikle sin LAR-behandling ved gradvis nedtrapping. De etterlyser sterkere evidens for fortsatt LAR-behandling, men legger liten vekt på at vi per i dag heller ikke har systematiske studier som evaluerer effekten av nedtrapping.



MÅ VERNES: Det er selvsagt riktig å være sterkt restriktiv til å behandle gravide med medikamenter som kan ha skadelig virkning på fosteret. Faremomentene vurderes samlet opp mot både kvinnens og fosterets helse, skriver Monica Sarfi.

Illustrasjonsfoto: YAY Micro

DEBATT : LEGEMIDDELASSISTERT REHABILITERING

Guri Vindegg stilte i sin kronikk i september spørsmål ved Helsedirektoratets nye anbefaling om fortsatt LAR-behandling i svangerskapet. I oktober forsvarte Monica Sarfi de nye

anbefalingene i et debattinnlegg og forskningsintervju. I november etterlyste Kristine B. Walhovd mfl. et sikrere kunnskapsgrunnlag for så tydelige anbefalinger.

Hovedinnvendingen til Walhovd, Moe, Slinning og Fjell i novemberutgaven er at vi vet for lite om langtidskonsekvensene av å utsette den føtale hjernen for opioider. De påpeker at vi vet for lite om alternativene, som er frivillig eller tvungen «kontrollert nedtrapping». Og de understreker sterkt at de ikke er motivert av moralisering, men av bekymring for barna, spesielt i et langtidsperspektiv.

Enige om mye

Det er selvsagt riktig å være sterkt restriktiv til å behandle gravide med medikamenter som kan ha skadelig virkning på fosteret. Er det en mulighet for dette, må faremomentene vurderes samlet opp mot både kvinnens og fosterets helse. Det er også riktig at langtidseffektene etter eksponering for buprenorfin og metadon er utilstrekkelig undersøkt. Dette er noe av grunnen til at vi på Senter for rus og avhengighetsforskning (SERAF) har slik forskning som et satsningsområde.

Nedtrapping som anbefaling vil kunne føre til stress og bekymring hos den vordende mor

Vi er alle enige om at mødre og barn i LAR er i en risikogruppe, både på grunn av behandlingen og fordi seleksjonen til LAR i seg selv har betydning. Det er derfor klart hensiktsmessig at tiltakene undersøkes prospektivt på alle aktuelle parametere som er viktige for barns utvikling. Slik forskning er imidlertid ikke enkel. Walhovd et al. foreslår «at alle disse mødrene og barna deres uten unntak bør bli spurt om å delta i en ny prospektiv kontrollert nasjonal eller nordisk undersøkelse» som både skal ha psykososiale og biologiske mål, slik som undersøkelse med MR. Vi har ingen grunn til å tilskrive forfatterne noen moralisering, men LAR har ofte blitt møtt med moralisering – og spesielt gravide kvinner i LAR. Vi er derfor i tvil om premissene for prosjektforslaget er realistisk. Vi er dessuten urolige for at kvinnene vil kunne føle seg presset innenfor et slikt opplegg. Dette vet vi mange gravide kvinner i LAR har opplevd i møtet med helsetjenesten. Men den grunnleggende tanken er god.

Nokså ensidig presentert

Walhovd og kolleger legger betydelig vekt på evidens for negative langtidseffekter av opioideksponering. Riktignok viser noen dyrestudier og cellestudier effekter som gir grunnlag for å være betenkt. Det finnes også noen mindre, kliniske studier som reiser spørsmål som er verd å utforske videre. Vi mener imidlertid at forfatterne presenterer evidensen nokså ensidig, og i alle fall bør vurderingene komplementeres med et salutogent perspektiv. Hvilke forhold gjør at noen risikobarn, deriblant barn født av mødre i LAR, faktisk utvikler seg innenfor normalvariasjonen? Nettopp ut fra et utviklingspsykologisk perspektiv er det viktig å være klar over at tidlige påvirkninger av sentralnervesystemet ikke nødvendigvis vil gi seg negative utslag med årene – det være seg konsekvenser av fysiske og psykiske traumer, prenatale eksponeringsfaktorer eller andre kjente risikoer. Nyere teorier og forskning er opptatt av at utviklingsmessige forandringer – positive eller negative – påvirkes av interaktive prosesser mellom gener, nevrobiologiske og psykososiale faktorer. Mange er derfor mindre opptatt av å lete etter tidlige prediktorer for negative utviklingsutfall (Cicchetti & Toth, 2009). Utviklingspsykologien har i de senere år pekt på fenomener som resiliens, plastisitet og tilpasning i tidlig utvikling (Ellis & Boyce, 2011; Isabella, 1993; Schuler, Nair, Black

& Kettinger, 2000; Streissguth, Barr, Sampson, Darby & Martin, 1989). Dette er kunnskap som er vesentlig for behandlingsoptimisme og utvikling av tiltak. Det er derfor nødvendig – også i forskningsdesign – å tydeliggjøre forhold som ikke bare tærer, men også nærer et barns tidlige utvikling.

Kvinner i LAR blir gravide

I et brukerperspektiv er det helt vesentlig å fokusere på kunnskapen om resiliens, plastisitet og tilpasning i forhold til barns utviklingsforløp. Kvinner som blir gravide i LAR, blir i dag ofte fortvilet på grunn av motstridende informasjon og steile fronter blant behandlere og rådgivere. Klinikere må imidlertid alltid gi sine anbefalinger på det kunnskapsgrunnlaget som er til stede. Vi er enige i at det finnes forskningsbehov, og at flere spørsmål er ubesvart. Samtidig blir kvinner fortsatt gravide i LAR. Nasjonalt og internasjonalt har de fleste fagmiljøer og nasjonale miljøer vurdert at anbefalingen om fortsatt LAR er den som har best evidens. De longitudinelle undersøkelsene som så langt foreligger, understøtter dette (Bandstra, 2012; Sarfi, 2012). Det er dette som må være utgangspunkt for en nasjonal retningslinje. Klinisk erfaring og studier viser dessuten at kvinner som stabiliseres med et opioid, har langt bedre evne til å samarbeide med helsetjenesten. Forfatterne kaller dette nokså harselerende for slutninger på grunn av manglende evidens. Vi ønsker oss en noe mer ydmyk og åpen tilnærming.

Mangler evidens for nedtrapping

Walhovd et al. peker videre på at kvinnene kan avvikle sin behandling ved gradvis nedtrapping. De legger liten vekt på at vi per i dag ikke har systematiske studier som evaluerer effekten av slik nedtrapping, heller ikke om den foregår innenfor rammen av tvangshjemler. Svangerskapet er en tid da det er viktig å optimalisere alle forhold som kan virke inn på svangerskapets kvalitet og kvinnens psykologiske beredskap for foreldreskap.

Nedtrapping som anbefaling vil kunne føre til stress og bekymring hos den vordende mor og en unødig opptatthet av medikamentdose, egne fysiske plager, abstinensfrykt og skyldfølelse for å ikke lykkes godt nok. Enkelte kvinner kan til og med holde seg borte fra helsetjenesten av slike grunner. I lys av forskningslitteraturen om sammenhengen mellom mors prenatale stress og negative effekter på barn (Curet & Hsi, 2002; Dunkel Schetter & Tanner, 2012), er dette betenkelig. I tillegg er det i dag ingen dokumentasjon på hvordan en nedtrappingsprosedyre påvirker fosterets utvikling. Det er på dette området en svært stor evidensmangel, uten at det ser ut til å ha samme betydning for forfatterne.

Vi bør skille mellom to forskningsoppgaver, skriver forfatterne. Et spørsmål er om det er trygt å fortsette LAR under graviditet. Et annet forhold er om frivillig eller former for påtvungen nedtrapping er bedre. Dette er ikke akkurat en oppsiktsvekkende nyhet. Det kan føyes til en rekke supplerende spørsmål. Vi er enig i at forskningen om LAR som tilbud til gravide er et viktig område med udekkete forskningsbehov. Vi mener imidlertid at den evidensen som foreligger, samlet sett støtter opp under Helsedirektoratets retningslinjer og oppfatter forfatterens spissformulering om evidensmangel som evidens som relativt usaklig.

a.m.sarfi@medisin.uio.no