

# Skjevt fremstilt kunnskapsgrunnlag

TEKST

Monica Sarfi

PUBLISERT 5. oktober 2012

PSY  
KOL  
OGI



**TET KONTROLL:** I den norske legemiddelassisterte rehabiliteringsbehandlingen (LAR) følges gravide med aktiv svangerskapsrådgivning og tette kontroller av rusmiddelbruk. LAR sikrer derfor fosteret mot et skadelig blandingsmisbruk.

Illustrasjons foto: YAY Micro

## DEBAT: LAR

Guri Vindeggs kronikk i september «Metadon til gravide: veiledning eller villedning?» imøtegås her av en representant fra ekspertgruppen som står bak de nye retningslinjene for legemiddelassistert rehabilitering.

De nyfødtes abstinensplager bør ikke dramatiseres ut over det rimelige. Legemiddelassistert rehabilitering under svangerskapet er oftest den minst skadelige kursen, både for mor og barn.

Kronikken i septembernummeret av Tidsskriftet setter et kritisk lys på Helsedirektoratets «Retningslinjer for gravide i legemiddelassistert rehabilitering

(LAR) og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder», som inneholder 217 anbefalinger som skal være styrende for helsepersonells behandlingsvalg.

Kronikkforfatterens hovedinnvending er at kvinner i LAR ikke får god nok informasjon om ulempene ved substitusjonsmedikamenter i svangerskapet, fordi kunnskapsgrunnlaget retningslinjene bygger på, utelater vesentlig forskning. Som medlem av ekspertgruppen som utarbeidet disse retningslinjene, og med erfaring både fra klinisk arbeid med og forskning på kvinner og barn i LAR, finner jeg det påkrevd å kommentere noen av kronikkforfatterens oppfatninger om grunnlaget for retningslinjene.

Utgangspunktet for arbeidet med retningslinjene er at gravide kvinner i LAR opplever å få mangelfull og motstridende informasjon fra helsepersonell. Mange kvinner i LAR blir gravide uten forhåndsplanlegging. Verden over fødes det derfor barn av kvinner i slik behandling. I Norge har enkelte tatt til orde for tvangsprevensjon. Tvangsmessig avvenning av gravide kvinner i LAR har også vært foreslått. Ofte legges en normativ vurdering til grunn: barnets behov er viktigere enn kvinnens.

### **Målet med retningslinjene**

Bruk av substitusjonsmedisin kan gi god effekt på så vel rusmestring som generell psykisk og somatisk helsetilstand. Gravide kvinner i LAR skal ha nøktern, kunnskapsbasert orientering om medikamentenes virkning på foster og barn. De skal videre følges regelmessig med helseundersøkelser og kontroller, og skal ha hjelp til planlegging og forberedelser til et foreldreskap. Målsettingen er å sikre en helhetlig behandling og oppfølging av kvinnene i svangerskapet og barna etter fødselen. Både kvinnene og barna er sårbare og trenger oppfølging i flere år. Det er denne oppfølgingen retningslinjenes konkrete anbefalinger retter seg mot, til bruk for alle nivåer i behandlingsapparatet. Retningslinjen anbefaler, på samme måte som WHO og andre internasjonale organer, fortsatt behandling med metadon/buprenorfin i svangerskapet og forsiktighet med nedtrapping. Denne anbefalingen er tuftet på beste praksis og beste tilgjengelige kunnskap pr. i dag. Imidlertid fremgår det klart av retningslinjenes punkt 6.5.3 at medisinsk forsvarlig nedtrapping også kan finne sted, avhengig av totalvurdering av den enkeltes situasjon og eget ønske, i tråd med individualisert behandling innenfor spesialisthelsetjenesten. De som ønsker det, kan få langsom og forsvarlig nedtrapping, mens andre fortsatt bør stå på LARmedikament. Med jevne mellomrom tas det til orde for at nedtrapping/avvenning bør være et førstevalg, begrunnet med sterke beskrivelser av skadevirkninger og problemer hos barn. Det er umiddelbart klart at disse spørsmålene er viktige, men en bør være på vakt mot at moralske standpunkter vender tilbake som faglige argumenter uten tilstrekkelig grunnlag

### **Bør ikke dramatiseres**

For det første: De nyfødtes abstinensplager bør ikke dramatiseres ut over det rimelige: Noe over halvparten av barna trenger lindrende behandling fra dager til uker etter fødsel. Noen barn sliter, men ikke slik at det gir kramper eller dødsfall. Dersom

behandlingen av mor avbrytes under svangerskapet, vil fosteret få abstinensreaksjonene. Disse reaksjonene vil vi slippe å oppleve. Men vi vil også stå svakere i systematisk behandling av dem. Faren for fosterdød er til stede selv om forsiktig nedtrapping gir god sikkerhet. Det er ingen sikker sammenheng mellom dosering av kvinnen og barnets grad av abstinenssyndrom (NAS). Begrunnelsen for nedtrapping før fødsel har derfor svakt grunnlag.

For det andre: I den norske LAR-behandlingen følges de gravide kvinnene med tette kontroller av rusmiddelbruk og aktiv svangerskapsrådgivning. De bruker lite eller ikke rusmidler – heller ikke alkohol. LAR i Norge sikrer derfor mot et blandingsmisbruk som i dag bedømmes som mer skadelig, jf. resultatene fra forskning på små grupper som supplerer med andre stoffer, slik som i New Zealand-undersøkelsen. Graviditetslengden er innenfor de normale grensene. Fødselsvekt og hodeomkrets er høyere enn det som ofte rapporteres fra andre land. De gjenstående avvikene er mindre enn det som finnes blant tidlig fødte og andre grupper risikobarn. Mange kvinner forsøker nedtrapping, men svært få klarer det utenfor institusjon. Dersom de presses til det, er det fare for tilbakefall til mer destruktiv rusmiddelbruk. Trussel om tvangsinngrep eller press mot nedtrapping har flere ganger ført til at kvinner holder seg borte, eller skjuler sin graviditet.

### **Mangler støtte i forskning**

For det tredje: Internasjonal og norsk forskning finner ingen systematisk sammenheng mellom NAS og senere problemer hos barn. En viss prosent av barna får utviklingsvansker, men dette er først og fremst knyttet til mors fysiske og psykiske helse og kvaliteten av omsorgen. Særlig er mors rusmestring en sentral faktor. Det er et visst belegg i enkelte dyrestudier for at morfinstoffer kan ha negative langtidseffekter på avkom. Slike resultater gjør at fortsatt forskning er svært viktig, men så langt er det ikke vist at funnene er relevante for behandlingstiltak for kvinner i LAR og deres barn. Et fravær av funn i dyrestudier ville for øvrig heller ikke frita oss for å undersøke dette nøye. De funksjonelle konsekvensene av hjerneavbildningsstudier av små grupper er ikke nok kartlagt, og det mangler fortsatt langtidsstudier som kan påvise medikamenteffekter på utviklingsutfall.

### **Unngår uhensiktsmessig press**

Konklusjonen er at fortsatt LAR under svangerskapet oftest er den minst skadelige kursen. Dersom nedtrapping/avvenning skulle være en hovedanbefaling, ville resultatet lett bli uhensiktsmessig press mot kvinner i en utsatt fase av livet. Hensynet til mor og til barnet bør ikke settes opp mot hverandre. I et svangerskap er mor og barn en helhetlig dyade, og det ufødte barnet er prisgitt morens helsetilstand. En påtvunget nedtrapping vil lett gi reaksjoner som kan få følger for morens hormonelle forhold og psykiske velvære. Omfattende forskning har vist at stressreaksjoner hos mor kan avleses i vansker hos barna. Faren er at nedtrapping kan påvirke fosteret vel så mye som overvåket, helsenødvendig medikamentinntak hos mor.

La det være helt klart: Fagfolk er helt enige om at LAR-gravide og deres barn skal ivaretas på best mulig måte. Et bredt sammensatt fagpanel har skapt nyanserte retningslinjer for dette. Fokus på uenighet om ett enkelt punkt bør ikke føre til en faglig debatt preget av et mangelfullt og skjevt fremstilt kunnskapsgrunnlag. Resultatet kan bli en ny periode med moralisering overfor kvinner som har hatt en tung bølge fra før. En moralisering som i høy grad også vil ramme deres barn.

[a.m.sarfi@medisin.uio.no](mailto:a.m.sarfi@medisin.uio.no)

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 49, nummer 10, 2012, side*

**TEKST**

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