

Metadon til gravide: Veiledning eller villedning?

TEKST

Guri Vindegg

PUBLISERT 5. september 2012

denne månedens kronikkforfatter, er psykolog på Groruddalen ruspoliklinikk. Sammen med Svein Øverland, Arnulf Kolstad, Karen Kollien Nygaard, Ole Jacob Madsen og Siri Erika Gullestad er hun invitert av Tidsskriftet som fast kronikør. Neste måned: Svein Øverland.

Rundt 7000 nordmenn bruker i dag substitusjonsmedisin mot opiatavhengighet. Omkring en tredjedel av disse er kvinner i fruktbar alder. De siste årene har det blitt født cirka 350 barn av mødre som har fått forskrevet metadon eller buprenofin i svangerskapet. Mange gravide i LAR (legemiddelassistert rehabilitering) spør seg hvordan medikamentbruken påvirker fosteret, og prøver å finne ut hva som vil være det beste for barnet.

I pakningsvedlegget til metadon og buprenofin står det om bruk ved graviditet: «Bør ikke brukes hvis ikke fordelen oppveier mulig risiko». Så hva er fordelen, og hva er mulig risiko? Fordelen med disse medikamentene er at de ligner heroin og binder seg til hjerneceller på tilsvarende måte, men med lengre virkningstid. Dette forhindrer abstinenser og sug etter heroin hos den avhengige.

«Kvinner i LAR som er eller planlegger å bli gravide, ønsker det beste for barna sine. I dag får de ikke den informasjonen de har krav på»

Ulempen er tilsvarende: Preparatene ligner heroin, og har lignende virkning på fosteret. De fleste av barna fødes derfor med neonatalt abstinenssyndrom (NAS). Dette innebærer blant annet stivhet og sitring i kroppen, vansker med suging, sterk sensitivitet for sanseintrykk og berøring, en spesiell, lys gråt, samt diaré, oppkast og feber. Tilstanden kan vare i uker eller måneder, og kan være dødelig dersom den ikke behandles. De fleste av babyene må derfor behandles med morfin. Foreldrene synes

ofte det er en påkjenning å se barnet sitt lide, og mange er også bekymret for mulige langtidseffekter.

Helsedirektoratets veileder om gravide i LAR, som ble lansert i 2011, fraråder likevel ikke kvinner som går på substitusjonsmedisin, å bli gravide. Den anbefaler også at kvinnene fortsetter å bruke medikamentet gjennom svangerskapet. «Med den kunnskapen vi har i dag (...) er det ikke skadelig å gi foster metadon eller buprenofin under svangerskapet», heter det fra Helsedirektoratet. Videre heter det at slike svangerskap er «dokumentert å være sikre», og at det ikke er vist noen «systematisk effekt av metadon på utvikling».

Kunnskapsgrunnlaget veilederen bygger på, er hovedsakelig forfatterenes egen oppsummering av norsk og internasjonal forskning på området. I sin presentasjon av status på feltet viser forfatterne til forskning som konkluderer med at substitusjonsmedisin virker stabiliserende for kvinnen sammenlignet med heroinbruk, og at dette gagnar barnet. De oppgir at det er påvist ulike funksjonsnedsettelse hos barna, men fremhever at de «utvikler seg innenfor normalområdet», og at «andre miljøforhold har mer å si enn medikamentet». Det understrekes at årsakssammenhengene er komplekse: «Her finnes ingen enkle sammenhenger.» Til sammen dannes et bilde hvor substitusjonsmedisinen ikke har vesentlige negative effekter for barnet.

Til tross for at viten om medikamentenes virkning på barna betegnes som «mangelfull», er én type kunnskap utelatt: dyrestudier. Ved komplekse spørsmål hvor det kan være krevende å isolere effekten av én enkelt variabel, er dyrestudier særlig nyttig. Man har lenge hatt empiri på endringer i hjernen til rottebarn når moren har fått metadon i svangerskapet, blant annet sees økt celledød og forstyrrelser i utskillelse av neurotransmittere. Denne forskningen ble imidlertid ikke vurdert som relevant av veilederens forfattere, med den begrunnelse at «overførbarhet til mennesker er vanskelig». Avvisningen av kunnskap fra dyrestudier var noe av bakgrunnen for at flere deltakere i ekspertgruppen som bidro i arbeidet med veilederen, valgte å gjøre dissens på punktet om å anbefale substitusjonsmedisin til gravide. Denne protesten ble av Helsedirektoratet karakterisert som «uheldig», da den kunne «skape usikkerhet».

Blant de som har kritisert myndighetenes retningslinjer, er også hjerneforskere som har undersøkt opioid eksponerte barn ved hjelp av MRI. Dette er en teknikk for hjerneavbildning som gir mulighet til å kartlegge hjernens anatomi og funksjoner langt mer presist enn tidligere. I slike undersøkelser har det vist seg at mange opioideksponerte barn har redusert størrelse i ulike spesifikke hjerneområder, og mindre totalt hjernevolum. Disse funnene oppgis for øvrig å være konsistente med det man vet fra dyrestudier. Blant de som har forsket på nevrologisk utvikling hos opioideksponerte barn, er Lianne Woodward og hennes team på New Zealand, som også har etablert et samarbeid med Psykologisk institutt i Oslo. Woodward har uttrykt bekymring for myndighetenes retningslinjer, og har blant annet tatt opp det problematiske ved at Norge tradisjonelt bruker høye doser til gravide (gjennomsnittlig cirka 90 mg metadon, versus 60 mg på New Zealand). En del undersøkelser avdekker

ingen korrelasjon mellom dose og skade, men det er gjort flere studier som viser en slik sammenheng på parametere som prematuritet, fødselsvekt og hodeomkrets, samt forekomst og varighet av neonatalt abstinenssyndrom (NAS).

Det er også gjort mange nevropsykologiske undersøkelser som viser overhyppighet av forstyrrelser knyttet til stressrespons, konsentrasjon og motorisk utvikling hos barna. Det er dessuten pekt på at den kontinuerlige medikamenteksponeringen griper *diffust* inn i fosterets hjerneutvikling, slik at den også kan medføre uforutsigbare skader, og at noen av problemene til disse barna kan vise seg i større grad over tid. Enkelte studier antyder en slik tendens. Det finnes altså en god del forskning som indikerer at substitusjonsmedisinen medfører økt risiko på en rekke områder for barnet.

Det er krevende å orientere seg i forskningen. Da blir Helsedirektoratets veiledere en viktig hjelp for fagfolk, og for pasienter. Og da er det uforståelig at sentral kunnskap utelates.

Helsedirektoratet understreker at de tar utgangspunkt i realitetene – at en del kvinner i LAR blir gravide – men de er også med på å *skape* disse realitetene, gjennom sine råd og sin presentasjon av status på feltet. Forskning som viser at mange ulike faktorer påvirker disse barnas utvikling, kan brukes til å klargjøre sammenhenger – men også til å tilsløre. At det *også* finnes enkle sammenhenger, som at det er et forhold mellom hvor mye opioider et foster eksponeres for, og en mulig risiko for opioidrelaterte skader, er en del av kompleksiteten. Psykososiale tiltak er viktige, men det betyr ikke at medikamenteffekten ikke er det.

I Helsedirektoratets veileder kommer det ikke tydelig frem at det finnes klinikker i Norge som tilbyr skånsom nedtrapping av metadon eller buprenofin i svangerskapet. Kvinner i LAR som ønsker å trappe ned medikamentbruken – helt eller delvis, før eller under graviditeten – må få den støtten de trenger til dette.

De potensielle fordelene med substitusjonsmedisin er utfyllende beskrevet i veilederen. For å kunne gjøre en individuell vurdering av om fordelene oppveier ulempene, må også ulempene tydeliggjøres. Så får man ha tillit til at både brukere og fagfolk tåler den usikkerheten dette måtte medføre. Kvinner i LAR som er eller planlegger å bli gravide, ønsker det beste for barna sine. Hva som er best, er ikke alltid lett å vite. Men de dette gjelder, må få den informasjonen de trenger for å kunne veie de ulike alternative opp mot hverandre.

gurivi@yahoo.com

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 49, nummer 9, 2012, side 896-897

TEKST

Guri Vindegg