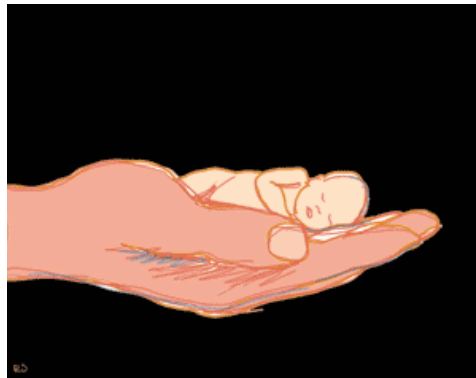


GRAVIDE I METADONBEHANDLING



Gir vi metadon til gravide for å beskytte det ufødte barnet og er det forsvarlig behandling?
Hvilke etiske utfordringer har sykepleieren i møte med gravide i metadonbehandling?



Høgskolen i Gjøvik
Mai 2009
Avdeling helse, omsorg og sykepleie
Antall ord: 10 002



SAMMENDRAG

SPL3901 – Avsluttende eksamen i sykepleie

Kull: 05HBSPLD

Dato: 11.05.2009

Gruppe nr: 518

Forfattere: (Fylles evt. ut etter sensurering)

Norsk tittel og undertittel:

”Gravide i metadonbehandling”

”Gir vi metadon for å beskytte det ufødte barnet og er det forsvarlig behandling?”

”Hvilke etiske utfordringer har sykepleieren i møte med gravide i metadonbehandling.”

Engelsk tittel og undertittel:

“Pregnant women in methadone treatment”

“Do we give methadone treatment to protect the baby and is it a defensible treatment?”

“What ethical challenges does the nurse have in session with pregnant women who are in methadone treatment?”

Sammendrag:

Formålet med oppgaven er avsluttende eksamen i Sykepleie. Vi har et selvvalgt tema som er gravide i metadonbehandling. Hensikten med oppgaven er å belyse teorien rundt metadonbehandlingen og dets hensikt, - samt å belyse hvilken innvirkning dette har på den gravide og fosteret. Oppgaven inneholder en innsamling av aktuell teori på området, og problemstillingen vi har jobbet ut fra er; gir vi metadon for å beskytte det ufødte barnet, og er det en forsvarlig behandling.

Ut fra et sykepleieperspektiv spør vi hvilke etiske utfordringer sykepleieren har i møte med gravide i metadonbehandling.

Vi har kommet frem til at det er både positive og negative sider med å gi metadon til gravide. Det byr på en rekke etiske utfordringer for sykepleieren og kan også utfordre oss som privatpersoner.

Nøkkelord:

Etikk

Travelbee

Martinsen

Rus

Rusmiddel

Metadon

Graviditet

Abstinens

Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING	- 4 -
1.1 Valg av problemstilling	- 4 -
1.2 Avgrensing av oppgaven	- 4 -
1.3 Oppbygging av oppgaven	- 5 -
1.4 Begrepsavklaring i problemstillingen	- 6 -
2. METODE	- 7 -
2.1 Bakgrunn for valg av metode	- 7 -
3. CASE	- 8 -
4. SYKEPLEIE	- 9 -
4.1 Sykepleieteoretikere	- 9 -
4.1.1 Joyce Travelbee	- 9 -
4.1.2 Kari Martinsen	- 11 -
5. YRKESETISKE RETNINGSLINJER	- 12 -
6. ETIKK	- 14 -
6.1 Etisk teori	- 14 -
6.2 Konsekvensetikk	- 14 -
6.2.1 Situasjonsetikk og regelbasert konsekvensetikk	- 15 -
6.3 Pliktetikk	- 15 -
7. RUSMIDLER	- 16 -
7.1 Illegale rusmidler	- 16 -
7.2 Rus	- 16 -
7.3 Hvem blir rusmiddelavhengig?	- 17 -
7.4 Rusmiddelavhengighet	- 17 -
7.4.1 Fysisk og psykisk avhengighet	- 17 -
7.5 Konsekvensene av rusmiddelavhengighet	- 18 -
8. HVA ER METADON?	- 19 -
8.1 Metadonets historikk	- 19 -
8.2 Hensikten med metadonbehandling	- 20 -
8.3 Legemiddassistent rehabilitering, LAR	- 20 -
8.3.1 Saksbehandlingen i LAR	- 21 -
8.4 Sosialtjenesteloven	- 22 -
8.4.1 Bruk av tvang	- 22 -
8.4.2 Meldeplikt	- 22 -
9. GRAVIDITET	- 24 -
9.1 Rusmisbruk og graviditet	- 24 -
9.2 Metadon og graviditet	- 25 -
9.2.1 Retningslinjer og oppfølging i metadonbehandling	- 26 -
9.3 Neonatalt abstinenssyndrom (NAS)	- 27 -
9.4 Abstinenssymptomer for barnet med og uten metadonbehandling	- 28 -
10. DRØFTING	- 29 -
10.1 Gir vi metadon for å beskytte det ufødte barnet og er det forsvarlig behandling?	- 29 -
10.1.1 Metadon i svangerskapet	- 30 -
10.1.2 LAR	- 32 -
10.2 Hvilke etiske utfordringer har sykepleieren i forhold til gravide under metadonbehandling?	- 32 -
10.2.1 Travelbee	- 33 -

10.2.2 Yrkesetiske retningslinjer og sykepleie	- 33 -
10.2.3 Konsekvensetikk	- 35 -
10.2.4 Pliktetikk	- 36 -
11. KONKLUSJON	- 37 -
12. ETTERORD	- 38 -
13. LITTERATURLISTE	- 39 -
13.1 Pensumlitteratur	- 39 -
13.2 Selvvalgt litteratur	- 41 -
13.3 Litteratur fra internett	- 42 -

VEDLEGG 1 – Utdrag fra ”Den stygge andungen”

VEDLEGG 2 – Artikkel: ”Rusmidlers skadevirkninger på fosteret”

1. INNLEDNING

Fra 1997 til i dag er det født ca. 150 barn av metadonbehandlende mødre. Det finnes lite forskning på dette området, - og metadonets skadevirkning på barna i etterkant.

I Norge er det er tillatt med substitusjonsbehandling til gravide rusmisbrukere. Når vi hører ordet rusmisbruker og metadon reagerer vi spontant. Kan dette være riktig?

I den seneste tid har det også vært skrevet mye om gravide rusmisbrukere som får metadonbehandling. Leger, stortingsrepresentanter, media og andre har uttalt seg:

”Metadon er skadelig for det ufødte barnet.”

Vi som sykepleiere skal forholde oss til alle typer mennesker, med respekt og empati.

Hva gjør det med oss, når det er ulike holdninger rundt dette temaet?

1.1 Valg av problemstilling

Gir vi metadon for å beskytte det ufødte barnet og er det forsvarlig behandling?

Hvilke etiske utfordringer har sykepleieren i møte med gravide i metadonbehandling.

Rusmisbrukere har i alle år vært en utsatt gruppe. Denne gruppen er utsatt for store helseproblemer, og det blir ekstra tydeliggjort på grunn av de medisinske - og sosiale følgene som misbruket kan få. Denne gruppen ble senest i 2004 tatt med i spesialisthelsetjenesten da rusreformen ble innført.

Metadonbehandling til gravide er kontroversielt, og har ikke vært et tilbud i mer enn ca 11 år. Vi hadde lyst å finne ut hva slags behandling rusavhengige gravide får. Da var det nærliggende å fordype seg i metadonbehandling. Å fordype seg i dette emnet har vært interessant, og vi har lært mye.

1.2 Avgrensing av oppgaven

For å avgrense oppgaven, har vi valgt å skrive om rusmisbrukere som blir gravide under metadonbehandling i legeassistert rehabilitering (LAR). Det er nærliggende å bruke LAR på grunn av at de har førendes retningslinjer, og det er de som administrerer metadonbehandlingen. Vi har tenkt å ta for oss holdninger til behandlingen, og dets hensikt, virkning og bivirkning på mor og foster.

I forhold til metadon som et medikament, vil avgrensningen være at vi ikke sier noe om behandlingsdose og egenskaper.

LAR har et tett samarbeid med flere instanser, men for å avgrense oppgaven har vi valgt å holde oss til sykepleierollen. På grunn av begrenset tid og omfang på oppgaven har vi valgt å holde oss til behandlingen under svangerskapet, det vil si at vi skriver minimalt om fødsel og barseltid. Vi vil fokusere på det etiske perspektivet i forhold til å gi en gravid kvinne metadon, og om det kan forsvares med tanke på fosteret.

1.3 Oppbygging av oppgaven

Først vil vi ta for oss innledningsdelen, hvor vi viser til problemstilling og avgrensning av oppgaven, og begrunner dette. Så vil det komme en metodedel som beskriver vår måte å komme frem til sakens kjerne på.

Vi har valgt å illustrere oppgaven med et case som tar for seg en situasjon mange rusmisbrukere kan komme ut for. Hva gjør de når de blir gravide, hvordan blir de møtt og hva kan behandlingsapparatet tilby?

Teoridelen vil ta for seg, - og presentere relevant teori sett i forhold til vår problemstilling. Den beskriver hva rus og metadon er, hvorfor det brukes og konsekvenser av det.

Den etiske delen er beskrevet ut fra relevant teori som brukes i sykepleie – og annen sosialfaglig utdanning. Teoridelen vil også ta for seg sykepleierens samhandling med rusmisbrukere ut fra relevant teori og sykepleieteoretikere i sykepleiefaget.

Vi har bevisst brukt ordene rus og rusmisbruker i stedet for narkotika og narkoman gjennom hele oppgaven. Det er for å få en sammenheng som skal pas enn i alle oppgavens deler. Vi har også valgt å bruke forkortelsen LAR, som er det samme som legemiddelassistert rehabilitering. Denne forkortelsen går igjen i den teorien vi bruker, fra teoretiske bøker til landets regulerte avhandlinger om legeassistert rehabilitering.

I drøftningsdelen drøftes teorien aktivt for å kunne gi et svar på problemstillingen. Den er blitt inndelt, for ordens skyld. Konklusjonen er kort, og den tar for seg metadonets fordeler og ulemper. Og mulige tiltak som kan utbedres med hensyn til dagens metadonbehandling.

Etterordet tar for seg hospiteringspraksis, vårt samarbeid under utviklingen av oppgaven og vedlegg 1 er et utdrag fra boken "Den stygge andungen" som er en rusmisbrukers historie. Vedlegg 2 er artikkelen "Rusmiddelets skadevirkning på fosteret".

1.4 Begrepsavklaring i problemstillingen

Gir vi metadon for å beskytte det ufødte barnet og er det forsvarlig behandling?

Hvilke etiske utfordringer har sykepleieren i møte med gravide i metadonbehandling?

Etikk:

Etikk er den norm som et individs vilje legger til grunn for sine ord og handlinger.

Metadon:

En syntetisk substans som har en lignende virkning som morfin. Det lindrer abstinenssymptomene og dempet behovet for heroin.

Metadonbehandling:

Behandling med en substans som har en lignende virkning som morfin.

2. METODE

Vilhelm Aubert formulerer metode som:

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Dalland, 2007:81)(1985:196).

Metoden som redskap, - det er en fremgangsmåte for å finne eller bekrefte – avkrefte kunnskap. Den hjelper med å finne den informasjon og belyse problemstillingen på en best mulig måte (Dalland, 2007:81).

2.1 Bakgrunn for valg av metode

Metoden i denne oppgaven er et litteraturstudium. Den har blitt en teoretisk oppgave med bruk av pensumlitteratur, en del selvvalgt litteratur og internett.

Vi har hatt samtaler med sykepleiere som har bred kompetanse og erfaring på området. På bakgrunn av dette har vi fått innsikt og mulighet for fordypning i temaet. Siden det finnes lite litteratur på området, har vi tatt med veiledere og hefter vi fikk i hospiteringspraksis. Vårt valg av metode ble litteraturstudium da det ikke lot seg gjøre å intervju aktuelle pasienter eller gjennomføre en spørreundersøkelse på området.

Vi har hele tiden vært opptatt av at kildene vi bruker skal være sikre. Innenfor pensumlitteraturen har vi vært innom etikk, svangerskap, sykepleie, sykepleieteoretikere, farmakologi og psykiatri. Når vi har brukt selvvalgt litteratur og internett har dette vært fra kilder som offentlige instanser, faginstusjoner, samt skjønnlitterær tekst.

3. CASE

Hun ser litt sliten ut, - der hun venter på legekontoret. Sitter ytterst på stolen, med hettegenseren godt trukket ned over hodet. Hun ser ned i gulvet. For å klare å komme hit i dag, måtte hun roe seg ned med flere tablettar sobril...

Hennes bakgrunn er vanskelig. Vanskelig for henne og vanskelig for resten av samfunnet. Det føles i hvert fall sånn. Hun begynte å ruse seg da hun var 17. Etter 8 år i rusmiljøet, fikk hun søkt seg inn i LAR. Det var tilfeldig, - noen som visste om noen som hadde klart seg.

De siste 4-5 årene i metadonbehandling var som å få et nytt liv. Hun hadde fått egen leilighet, - og hadde begynt på den utdannelsen hun hadde lyst på. Og hun hadde begynt å få troen på seg selv.

Men ting hadde begynt å skli ut den siste tiden, - da hun møtte Han. Han ruset seg, og hadde mange dårlige venner.

Og det gikk ut over det nye livet hun hadde begynt på. Og nå sitter hun her... ytterst på stolen...

"Jeg skal bli mamma."

Hun tror hun er 5 mnd på vei, og hun vil gjerne beholde barnet.

Hun har så mange tanker i hodet: "Hva gjør jeg nå?"

"Hva skjer med barnet mitt?"

"Kan jeg fortsette med metadonbehandlingen?"

"Er det farlig for barnet?"

"Kan dette være en ny start?"



4. SYKEPLEIE

Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert. Sykepleie er et allment behov. Når en person mottar sykepleie, er det fordi han eller hun ikke lenger klarer å dekke sine grunnleggende behov og fremme egen helse. Man utøver sykepleie på grunnlag av respekt for hvert enkelt menneske og dets liv.

Sykepleie utøves med forståelse for hva pasienten trenger og krever at sykepleieren engasjerer seg i hans situasjon (Kristoffersen I, 2002:91).

4.1 Sykepleieteoretikere

Det er utviklet flere teoretiske modeller ut fra de ulike teoretikere. I vår sykepleiesituasjon spør vi hvilke *etiske utfordringer sykepleieren har i møte med gravide i metadonbehandling*. Slik vi forstår det kan dette tolkes ut fra sykepleieteoretikere som Joyce Travelbee og Kari Martinsen. Disse teoretikerne har forskjellig syn på sykepleie.

4.1.1 Joyce Travelbee

Travelbees sykepleietenkning tar for seg de mellommenneskelige aspektene i sykepleien, et menneske- til- menneske- forhold (Kristoffersen I, 2002:405).

Joyce Travelbee sier at sykepleie er:

”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleieren hjelper et individ, en familie, eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig finne en mening i disse erfaringene.” (Kristoffersen I, 2002:406).

I følge Travelbee er kommunikasjon et av sykepleierens viktigste redskap i henhold til å etablere et menneske- til- menneske- forhold til pasienten. Generelt i alle møter med mennesker, - kommuniserer man verbalt og nonverbalt. Sykepleierens kommunikasjon med pasienten sørger for at man blir godt kjent med pasienten og dens behov.

Sykepleieren må også bruke seg selv terapeutisk, og det henger sammen med fornuft og intellekt.

I følge Travelbee er det å bruke seg selv terapeutisk et tegn på profesjonell sykepleie. I møte med pasienten bruker man sin personlighet på en bevisst og hensiktsmessig måte. Det innebærer at man er klar over sin egen atferd og hvordan den virker inn på andre mennesker. Sykepleierens egne verdier og holdninger i forbindelse med sykdom, lidelse og død gjenspeiler sykepleierens forhold til andre mennesker (Kristoffersen I, 2002:411- 412).

I tillegg til at kommunikasjon er viktig for at sykepleierens mål og hensikt skal oppnås, mener hun at et menneske-til-menneske forhold etableres mellom individer der de "ser" hverandre som unike personer. Et slikt forhold kan etableres gjennom en interaksjonsprosess som inndeles i forskjellige faser:

- *Det innledende møtet.*
- *Framveksten av identiteter.*
- *Empati.*
- *Sympati.*
- *Etablering av gjensidig forståelse og kontakt.*

I det innledende møtet kjenner man ikke hverandre. Både pasient og sykepleier forholder seg til hverandre ut fra sine egne forutsetninger og forventninger. For sykepleieren er det en ny pasient, - og for pasienten er det en sykepleier. I det innledende møtet får man også et førsteinntrykk av hverandre. Det baseres på hvordan vi oppfører oss, våre handlinger og språket vi bruker. Framveksten av identiteter utvikles når sykepleieren og pasienten klarer å "se" hverandre som det de er. - De har oppnådd et gjensidig kontaktforhold.

Empati er ifølge Travelbee:

"evnen til å trenge inn, eller ta del i og forstå den psykiske tilstanden som en annen person er i der og da."

Empatisk forståelse er en intellektuell prosess som er bevisst. Man kan forstå den andres følelser og meningen med dem. Ser man dette i en sykepleiesammenheng, gir denne forståelsen viktig informasjon med hensyn til pasientens atferd og indre opplevelse.

Empatien er uavhengig av om man liker en person eller ikke, - og det gjør at den skiller seg ut fra begrepene identifisering og projisering. Travelbee mener at empati ikke skjer tilfeldig. Man kan ikke forstå den andre uten å ha opplevd det selv. Empatien er avhengig av, eller begrenses av dette. Hun mener det er urealistisk at en sykepleier føler empati for alle typer mennesker. Siden mange følelser og reaksjoner er likt for alle, kan sykepleieren sette seg inn i dette. Det må være et genuint ønske fra sykepleieren om å forstå pasientens opplevelse, og det kan henge sammen med sykepleierens omsorgsverdier.

Sympati er når empati bunner ut i ønsket om å samarbeide eller hjelpe. Den har rom for varme, og innpuls til å handle aktivt er noe som empatien ikke har. Sympati innebærer at man føler den andres ubehag, er engasjert og bryr seg om hvordan pasienten har det. Denne sympatien kan formidles verbalt eller nonverbalt, gjennom holdningen man har og måten man er på.

Etablering av gjensidig forståelse og kontakt utvikles når sykepleieren viser forståelse og et reelt ønske om å hjelpe. Man hjelper pasienten gjennom sine handlinger og setter i gang tiltak som samsvarer med pasientens behov (Kristoffersen I, 2002:409-410-411).

4.1.2 Kari Martinsen

Kari Martinsens sykepleietenking kan betegnes som sykepleiefilosofi. Hun vektlegger omsorgens fordring og grunnleggende verdi (Kristoffersen I, 2002:444) der sykepleien fremstår som overordnet og generell. Hennes sykepleietenkning fokuserer på de grunnleggende tankene rundt menneskets natur og livsvilkår, og de konsekvensene dette gir med hensyn til sykepleie som yrke (Kristoffersen I, 2002:445). Sykepleie er også en form for yrkesmessig omsorgsarbeid. At grunnlaget til omsorgen og sykepleien er ansvaret og solidariteten for den svake.

Hun ser på omsorg som en grunnholdning og en generell tilnæringsmåte. Når en sykepleier utøver omsorg omfatter det innlevelse, moralsk skjønn faglig vurdering og personlig engasjement (Kristoffersen I, 2002:376). Omsorg en betingelse som ligger til grunn for alt menneskelig liv. Betydningen av omsorgen knyttes opp mot det mest grunnleggende i vårt liv, - at mennesker er avhengige av hverandre. Tar man utgangspunkt i pasientens avhengighet, mener hun at omsorg må være verdigrunnlaget til sykepleie (Kirkevold, 2001:169).

5. YRKESETISKE RETNINGSLINJER

De yrkesetiske retningslinjer i Norsk Sykepleierforbund ble godkjent for første gang i 1983. De utdyper hvordan sykepleierens menneskesyn og grunnleggende verdier bør vernes i praksis, og konkretiserer hva som anses som god praksis innen en rekke områder. Retningslinjene tar for seg sykepleiernes profesjonsetikk og forpliktelser med hensyn til god sykepleiepraksis. Da ICNs, International Council of Nurses, nye etiske regler kom våren 2001, besluttet styret i Norsk Sykepleierforbund at de yrkesetiske retningslinjer skulle revideres for første gang. Forskjellen i de reviderte retningslinjene er at sykepleiens grunnlag er beskrevet som det innledende fundament for retningslinjene. To punkter er tatt bort, og noen av retningslinjene er mer presise i forhold til nåtidens dilemmaer ute i praksisfeltet. Det har kommet nye helselover, organisasjonsstrukturer, betalingsordninger og resultatkrav. Nye etiske dilemmaer og problemstillinger har kommet til på grunn av den medisinske og teknologiske utviklingen.

”De yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere bygger på prinsippene i ICNs etiske regler, og menneskerettighetene slik de kommer til uttrykk i FNs menneskerettighetserklæring.”

Yrkesetiske retningslinjer er sykepleierens viktigste verktøy i møte med etiske dilemmaer. Sykepleieren plikter å vise omsorg for mennesker som lider, uansett hva årsaken til lidelsen måtte være. Sykepleieren må erkjenne egen profesjonsmakt i møte med pasientens og nære pårørendes sårbarhet (*Norsk sykepleie forbund).

Vi tar for oss noen av de punktene vi synes er reelle i forhold til vår oppgavetekst beskrevet under punkt 1 i Yrkesetiske retningslinjer:

1.1 Sykepleieren ivaretar en helhetlig omsorg for den enkelte pasient.

1.2 Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått.

1.3 Sykepleieren ivaretar pasientens rett til vern om fortrolige opplysninger.

1.4 Sykepleieren beskytter pasienten mot krenkende handlinger. Unødig bruk av tvang eller annen rettighetsbegrensning anvendes ikke.

1.5 Sykepleieren respekterer pasientens rett til selv å foreta valg, herunder å frasi seg selvbestemmelsesretten.

1.6 Sykepleieren ivaretar pasientens verdighet, rettigheter og sikkerhet ved bruk av teknologi og vitenskapelige framskritt.

3.6 Sykepleieren kan, av samvittighetsgrunner, be seg fritatt for plikter som hører inn under vedkommendes funksjonsområde, når dette er hjemlet i lov eller skriftlig akseptert av arbeidsgiver.

6. ETIKK

*Etikk kommer av det greske ordet **ethos**, som betyr skikk eller vane.*

6.1 Etisk teori

Etikk kan karakteriseres som en refleksjon over hva som er riktig eller galt. Den etiske teorien beskriver hvilke verdier, normer og prinsipper en bør gjennomføre for at handlinger skal bli riktige og gode (*Kristoffersen 2002:286). Konsekvensene av disse handlingene blir kaldt konsekvensetikk. Denne etikken har i tillegg behov for en verdilære (*Christoffersen, 1997:38). I den etiske teorien kan konsekvensetikken også oppfattes som situasjonsetikk og regelbasert konsekvensetikk (*Christoffersen, 1997:35-36). Etikken pålegger oss etiske plikter og gir rettigheter. Disse er lovpålagt, som helsepersonelloven og pasientrettighetsloven. Dette blir omhandlet som pliktetikk (*Brinchmann, 2005:54).

Konsekvensetikk og pliktetikk alene er ikke alltid egnet. Ved å kombinere dem, kan vi få en blandingsetikk. Denne kombinasjonen tar hensyn til konsekvensene ut fra verdilæren og opprettholder rettferdighet og handlingens moralske egenverdi (*Christoffersen 1997:47-48).

6.2 Konsekvensetikk

Filosofen og juristen Bentham (1748-1832) var opptatt av at våre handlinger medfører lyst og lykke, og at vi unngår ulyst og smerte. Konsekvensetikken fokuseres på konsekvensene av våre handlinger, og de vurderes ut fra hvilken nytte de gir oss (*Brinchmann, 2005:63). Derfor kan denne etikken også kalles nytteetikk. Våre handlinger styres av ønsket om å få det bedre. Dersom en handling medfører positive konsekvenser for noen, kan det rettferdiggjøre handlingen (Henriksen og Vetlesen, 2002:174-175). For å se konsekvensene av handlinger, må de først identifiseres. Alle konsekvensene i en handling må være med. Med det menes konsekvenser på kort og lang sikt, også de som er fremtidsrettet (*Christoffersen, 1997:31).

Et gode kan være en verdi. Konsekvensetikkenes fokus er å velge den handlingen som gir det beste resultatet, - som er til best nytte for oss. Denne verdilæren kan hjelpe oss å finne ut hva som er et godt resultat, og hva som ikke er det (*Christoffersen, 1997:28).

6.2.1 Situasjonsetikk og regelbasert konsekvensetikk

Ser man konsekvensetikken i sammenheng med hver enkelt situasjon, kan den betegnes som situasjonsetikk. Det man vurderer som riktig i en situasjon, - kan bli galt i en annen situasjon. Ser man den samme konsekvensetikken i sammenheng med regler i stedet for hver enkelt situasjon, kan den betegnes som regelbasert konsekvensetikk. Man tar stilling til hvilke handlingsregler som gir best resultat. I den regelbaserte konsekvensetikken er det konsekvensene av reglene vi handler etter som er gjeldende (*Christoffersen, 1997:35-36).

6.3 Pliktetikk

Pliktetikk kalles deontologisk etikk, og kommer fra det greske *to deon*. Det betyr å burde eller bør. Man er opptatt av det som bør gjøres og tar ikke hensyn til konsekvensene (*Christoffersen, 1997:37). Kants etikk fra 1700- tallet er et forbilde for pliktetikken (Henriksen og Vetlesen, 2002:144). Kant fremstiller at det finnes en motivasjon bak våre handlinger, - som defineres som en handlingsregel (maksime). Det er selve handlingen som måles.

Mange regler som er i samsvar med hverandre, - kan skape sammenhenger i menneskets moralske liv når man handler ut fra disse reglene (Henriksen og Vetlesen, 2002:146). Pliktetikken tar for seg at det finnes noe absolutt og ukrenkelig som våre handlinger tar utgangspunkt i. Det moralske og det prinsipielle bedømmes i en handling, om den er rett eller gal. Det er for eksempel menneskeverd, ærlighet og sannhet. Denne etikken utfordrer oss til å stille krav til hva som er en moralsk handling (Henriksen og Vetlesen, 2002:156).

Autonomiprinsippet er også pliktetisk begrunnet (*Christoffersen, 1997:41)

7. RUSMIDLER

Rusmidler har vært kjent og brukt av mennesker bestandig. Først var bruken en del av sosiale og religiøse ritualer, men etter hvert endret dette seg. Endringen gikk fra det rituelle til ren nytelse. I vår del av verden var det alkohol som ble mest brukt. Fra de eldste kulturene kommer rusmidlene fra planter. Cannabisplanten har vært kjent ca. 10 000 år f.Kr., - og opium ca. 2000 år f.Kr., - i henholdsvis Kina og Kreta. I Andesfjellene brukte de kokablader, khat i Etiopia og kavablader på de polynesiske øyene. I dag er det kartlagt over 4000 planter som inneholder psykoaktive stoffer (Simonsen, Aarbakke, Lysaa, 1997:130).

7.1 *Illegale rusmidler*

På grunn av et økende misbruk av rusmidler på 60-tallet ble Narkotikakonvensjonen dannet (*St.meld. nr. 16 (1996-97)). Illegale rusmidler er underlagt en nasjonal og internasjonal kontroll, og de illegale rusmidlene er ført opp på en narkotikaliste. Strafferammen for å omsette rusmidler i Norge er streng. De er ulovlige å ha til eget bruk, å lage, bruke, selge, - og ulovlig å føre inn og ut av landet (*Store norske leksikon).

I kategorien illegale rusmidler finner man cannabis, hallusinogener, ecstasy, GHB, sniffestoffer, sentralstimulerende stoffer, kokain og opiater. (*Bratteteig, Hove, Aakerholt 2002:20) Stoffer som er kjemisk fremstilt eller kommer fra opiumsvalmuen er i kategorien opiater. Råopium lages av saften i opiumsvalmuens frøkapsler, og inneholder stoffene morfin og kodein. Heroinet er kjemisk fremstilt. Alle typer opiater fører til avhengighet, både etter kort – og lang tids bruk (*Bratteteig, Hove, Aakerholt, 2002:24-25)

7.2 *Rus*

I begynnelsen oppleves rusen som ”god”, - noe som gjør at man ønsker å prøve det igjen. Etter hvert endrer dette seg, og opplevelsene føles ubehagelige. Rusmidlene er psykoaktive substanser som påvirker prosesser i hjernen vår, og effekten av rusmidlene gjør at atferden og virkelighetsoppfatningen endres hos den som bruker dette. Den

påvirker også funksjoner som konsentrasjon, innlæring og kortidshukommelse. Den kritiske sansen nedsettes også (Simonsen, Aarbakke, Lysaa, 1997:130-131).

WHO beskriver rus som:

”Det skal være et kjemisk stoff som endrer biologiske funksjoner, men som ikke er nødvendig for å opprettholde vanlige kroppsfunksjoner. Stoffet skal kunne brukes både terapeutisk og ikke – terapeutisk. I tillegg skal det gi forskjellig virkning hos brukeren ved å påvirke eller endre sinnsstemningen, virkelighetsoppfatningen eller atferden. Til slutt stilles det krav til mulige negative virkninger på helse og/eller sosiale funksjoner, og at stoffet har en vanedannende effekt som bidrar til mer eller mindre regelmessig bruk ved selvforordning” (Simonsen, Aarbakke, Lysaa, 1997:131).

7.3 Hvem blir rusmiddelavhengig?

Denne utviklingen er avhengig av personlighet, rusmiddelets egenskaper og det sosiale miljøet. Mange av rusmisbrukerne kan på forhånd ha hatt problemer med alkohol, - kriminalitet - og psykisk (*Fekjær, 2008:95).

Når det gjelder personlighet, kan rusmisbruket komme av en underliggende personlighetsforstyrrelse. Kringlen 2005, mener rusmisbrukeren er veik, passiv, og er dårlig rustet til å tåle motgang og smerte. Andre har en mer hysterisk personlighet, der selvbedrag og virkelighetsflukt er vanlig, mens andre igjen er sjenerte.

Det kan være sosialt betinget hvis man kommer fra et hjem med konflikter, eller man påvirkes av liberale holdninger når det gjelder rus og rusmidler. Lett tilgang til rusmidlene spiller også inn (Kringlen 2005:244).

7.4 Rusmiddelavhengighet

Når man er rusmiddelavhengig føler man at man må ha rusmiddelet for å ha det bra. Man fortsetter å ruse seg for å få den samme gode opplevelsen som rusen ga i begynnelsen. Den gode opplevelsen føles som kraftig oppstemthet og velbefinnende, - eufori.

7.4.1 Fysisk og psykisk avhengighet

Rusavhengigheten deles inn i en fysisk og psykisk avhengighet. Den fysiske avhengigheten gir seg utslag i at rusmiddelet må tilføres jevnlig for å unngå en abstinensreaksjon, og denne reaksjonen kommer når stoffet ikke lenger blir tilført kroppen. Abstinensreaksjonene kan også komme før rusmiddelet har sluttet å virke.

Abstinensene er kraftigst når dosene er store og ofte. Da får man symptomer som slapphet, engstelse, uro og dårlig søvn.

Etter hvert føler man seg syk. Pulsene og respirasjonen er raskere, og blodtrykket, spyttsekresjonen og svettingen øker. Kvalme, brekninger og diaré følger også med.

Etter hvert kan det oppstå kramper og smerter i ledd og muskler. Hvis inntaket stoppes eller reduseres kan det oppstå ubehagelige, - og noen ganger livstruende fysiologiske reaksjoner. Abstinenssymptomene er verst når rusmiddelet skilles raskt ut av kroppen, men varer lengre hvis rusmiddelet har langsom eliminering.

Den psykiske avhengigheten gir seg utslag i at en føler en bevisst opplevelse av å måtte tilføre kroppen rusmiddel. Det er for å oppleve lystfølelsen som rusen gir, eller dempe depresjon eller nedstemthet som oppstår når rusmiddelet har sluttet å virke

Etter hvert utvikles det en toleranse for rusmiddelet. Ved jevn tilførsel over tid utvikles denne toleransen. Etter hvert må dosen av rusmiddelet økes, for at rusen skal gi den samme effekten som før (Simonsen, Aarbakke, Lysaa, 1997:131-132).

7.5 Konsekvensene av rusmiddelavhengighet

Konsekvensene av rusmiddelavhengighet er todelt. Man kan få symptomer som analgesi, - som er tap av smerter uten at det påvirker bevisstheten. Respiratorisk depresjon, - der åndedrettet påvirkes, obstipasjon, nedsatt appetitt og - libido. I tillegg kan det oppstå andre symptomer som kvalme, trøtthet, depresjon og likegladhet.

Den kroppslige fysikken påvirkes også. Man eldes fortere, blir tynnere, og får en gulnende hudfarge. Den psykiske påvirkningen er at man blir fortere trøtt, irritabel og apatisk.

Foruten de kroppslige symptomene som nevnt ovenfor, gir det også sosiale konsekvenser.

Noen kan klare seg bra, men for andre skjer det noe med de etiske prinsippene. Alt dreier seg om rusen, og man blir likegyldig, får dårlig hygiene, er løgnaktig og ikke til å stole på (Kringlen, 2005:239).

Rusmisbrukeren er mer utsatt for HIV og AIDS, ulykker og drap, og faren for selvmord og overdosedødsfall er stor. (Hallandvik, 2002:70)

Mange tyr til kriminalitet for å finansiere rusmisbruken mens andre prostituerer seg (Kringlen, 2005:250).

8. HVA ER METADON?

Metadon er et opiat som er kjemisk fremstilt. Det ligner på morfin, men oppbyggingen er forskjellig. I likhet med de andre opiatene binder det seg til morfinreseptorene. Denne bindingen er veldig sterk, og det gjør at et sidemisbruk av andre opiater gir liten effekt (*St.meld. nr. 16 (1996-97)). Metadon gir mindre abstinenssymptomer. Det virker mindre sløvende, mindre intenst, varer lengre og gir ikke rus. Det kan blandes ut i saft som drikkes fra små flasker, ofte under påsyn (*Folkehelseinstituttet). Halveringstiden er fra 10-25 - til 13-55 timer, avhengig av dosering, og det administreres oralt (Felleskatalogen, 2005:1084). Dosen økes daglig til metningsnivået ligger mellom 70 mg og 130 mg/dag (*Norsk legemiddelhandbok). Metadon gitt kontrollert og dosert riktig, korrigerer den nevrokjemiske ubalansen. Som de andre opiatene, fører også metadon til avhengighet (Simonsen, Aarbakke, Lysaa, 2004:136).

8.1 Metadonets historikk

Metadon ble introdusert for første gang i Tyskland under 2. verdenskrig, - til bruk i smertebehandling. Siden metadon ligner på morfin, blir det fortsatt brukt i dagens cancerbehandling (*Folkehelseinstituttet). Det kom i bruk som substitusjonsbehandling i New York i 1960-årene. Man trodde det skulle være løsningen på rusproblemet og den illegale omsetningen (*St.meld. nr. 16 (1996-97)). Metadon ble også tatt i bruk i Norge på den tiden, men ble forbudt i 1976. Bruk av metadon startet opp i Norge igjen i 1991 på hiv-positive rusmisbrukere (*Fekjær 2008:64).

Synet på metadonbehandling har etter hvert endret seg på bakgrunn av forskning i Norge og internasjonalt. Denne formen for behandling har økt radikalt de siste årene og det kan være flere årsaker til denne økningen. En av årsakene er å minske spredning av hiv/aids, og en annen er at tradisjonell medikamentfri behandling ikke gjør misbrukeren rusfri. Her spiller også ressursene på området inn. I løpet av kort tid har også land som var veldig skeptiske til tiltaket, startet opp med metadonbehandling (*St.meld. nr. 16 (1996-97)). Det ble opprettet et prøveprosjekt i Oslo i 1994, - og i 1997 vedtok Stortinget at det skulle bli et permanent tiltak. Tiltakene skulle være oppbygd etter nasjonale kriterier med regionale kompetansesentre. Fra 1998 ble dette utbygd, og er i dag er et

landsdekkende tilbud. Lovgrunnlaget ble utformet i ”*Forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek*” (*Frogopsahl, Waal, mai 2001:2).

8.2 Hensikten med metadonbehandling

Substitusjonsbehandling eller vedlikeholdtsbehandling er et skritt videre. Behandlingen er ment for de som er tyngst belastet og som har brukt opiater lengst. Hensikten med metadonbehandling er å redusere abstinenssymptomene. Metadonet kan bidra til at livssituasjonen til misbrukeren bedres. Da er det lettere å bli blir mer motivert for andre behandlings-, – rehabiliterings, og omsorgstiltak. Håpet er å redusere skadene av rusmisbruket og overdosedød, bedre den fysiske og sosiale funksjonsevnen, og etter hvert å bli rusfri. Både livskvalitet og mulighetene for yrkesmessig - og sosial rehabilitering styrkes (*Rundskriv I-35/2000, Helse og omsorgsdepartementet).

8.3 Legemiddlassistert rehabilitering, LAR

Legemiddlassistert rehabilitering er det samme som forkortelsen LAR, og ble vedtatt i 1997. Hensikten med legeassistert rehabilitering var å rette opp den sosiale og yrkesmessige rehabiliteringen for rusmisbrukere (Kringlen, 2005:247). For å kunne motta tilbudet om substitusjonsbehandling, er det en rekke kriterier som må ligge til grunn. Rusmisbrukeren må ha fylt 25 år og i tillegg ha et langvarig rusmisbruk bak seg dominert av opioider. Man må i tillegg ha gjennomgått tidligere behandling og rehabilitering uten bruk av metadon og opioider med tanke på å bli rusfri. Det kan gjøres unntak hvis rusmisbrukeren har en sykdom som er kronisk eller livstruende, eller en sammensatt vurdering tilsier behandling (*Helse og omsorgsdepartementet, Rundskriv I-35/2000,).

Substitusjonsbehandlingen kan bestå av metadon og subutex. Subutex virker på samme måte som metadon, men den nedsetter ikke respirasjonen på samme måte som de andre opiatene (Simonsen, Aarbakke, Lysaa, 2004:146). Behandling med subutex krever samme kriterier som for metadon. Men her er oppstartfasen enklere, så det tar kortere tid for rusmisbrukeren å få godkjent behandlingen. Dermed kommer behandlingen raskere i gang. På grunn av den korte vurderingstiden har den blitt brukt mer enn

metadon. Det har kommet en annen variant av subutex, - subuxone. Ved riktig administrering virker den på samme måte som subutex. Den er tilsatt en motgift som aktiveres hvis den blir injisert. Denne motgiften er tilsatt for å forhindre intravenøst missbruk (Felleskatalogen.no). Dette gjør at disse tablettene ikke så interessante for det illegale markedet (*Bratteteig, Hove, Aakerholt 2002:56).

8.3.1 Saksbehandlingen i LAR

For å få tilbud om behandling i LAR må det foreligge en søknad fra sosialtjenesten sendt via fylkeskommunen og tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med rusmisbrukeren. Får man et tilbud, kobles helsetjenesten inn. Ved behov for spesialisthelsetjenester innen somatikken eller psykiatrien, henvises det videre fra førstelinjetjenesten. Alle tjenester skal inkluderes i en helhetlig tiltaksplan.

Regionsentrene er godkjente tiltak for LAR, og har ansvar for å godkjenne den helhetlige tiltaksplanen i behandlingsopplegget. De skal utvikle og veilede sosialtjenesten som har ansvaret for rusmiddelmissbrukeren (*Helse og omsorgsdepartementet, Rundskriv I-35/2000).

Når det gjelder tjenestetilbud, inntaks- og utskrivningskriterier finnes det forskjeller i Norge. Muligheten for å bli inkludert eller ekskludert fra behandlingen varierer. Noen steder har det oppstått substitusjonsbehandling som avviker fra den godkjente behandlingen, - mye på grunn av lange ventelister.

I følge *Sosial og Helsedirektoratets* (*Forslag til kvalitetsstrategi for rusfeltet, 2004:42-43) har LAR blitt større enn de forutsa da det var helt nytt i Norge. Ved deres siste registrering var det registrert 2 431 personer som var inkludert i LAR, og 550 som ventet på behandling eller ventet på å få søknaden sin vurdert. I utgangen av 2007 var antallet steget til 4542. Av disse var ca. en tredel kvinner, og mesteparten av dem var i fruktbar alder (*Rapport fra Kunnskapssenteret nr 31 – 2008:16).

LAR er i dag under utvikling, og i *Helsedirektoratets* (*Opptappingsplanen for rusfeltet, statusrapport 2008:103) vurderes det nå en egen LAR- forskrift:

”Utkast til forskrift og retningslinje foreligger ved utgangen av 2008 og sendes på felles høring primo 2009. En regner med at nytt rammeverk for LAR vil være på plass september 2009, og da erstatte de veilederne og rundskrivene som regulerer LAR i dag. Prosessen har vært fulgt med stor

interesse, omfattende diskusjoner og i stor grad ulikt syn på mål og metoder i LAR.”

8.4 Sosialtjenesteloven

For å hjelpe rusmisbrukeren ut av misbruket, skal sosialtjenesten i henhold til § 4-1 og § 4-2 opplyse, råde, veilede, forebygge eller løse sosiale problemer samt tilby hjelpetiltak. Det kan være samtaler alene eller sammen med familie, samarbeid med lege eller andre instanser. Det praktiske kan være å få hjelp til å skaffe bolig, skole og arbeid. Sosialtjenesten er også ansvarlig for å tilby behandling i institusjon dersom rusmisbrukeren ønsker det. Dersom ikke sosialtjenesten kan hjelpe, skal den legge til rette for at andre gjør det. Denne hjelpen er basert på frivillighet.

8.4.1 Bruk av tvang

Er den fysiske og psykiske helsen til skade for rusmisbrukeren, kan innleggelse på institusjon i henhold til § 6-2 skje uten at misbrukeren ønsker det selv. Man kan holdes tilbake i inntil 3 måneder. Fylkesnemnda skal samtidig vurdere om det skal taes urinprøver under institusjonsoppholdet.

Dette gjelder også for gravide rusmisbrukere. Begrunnelsen for å tvangsinnlegge gravide i henhold til § 6-2a er at bruk av rusmidler under en graviditet kan føre til alvorlige fosterskader. Det er først og fremst hensynet til fosterets helse som ligger til grunn for en tvangsinnleggelse. Før det skjer, skal veiledning og tiltak være tilbudt den gravide. Tvangsinnleggelsen kan gjelde under hele graviditeten, og sosialtjenesten vurderer hver tredje måned om hun skal fortsette å være der.

Institusjonsoppholdet skal også bidra til at den gravide får hjelp for misbruket, og hjelp til å ta vare på barnet hun venter. Alle vedtak som gjelder denne form for tvangsbehandling, skal vedtaes av Fylkesnemnden (*Noreik og Stang, 2000:76-77).

8.4.2 Meldeplikt

Meldeplikten til sosialtjenesten gjelder leger, sykepleiere og jordmødre, og er et unntak fra taushetsplikten. Meldeplikten trer i kraft hvis de er i kontakt med en gravid rusmisbruker, og det er sannsynlig at barnet kan bli utsatt for fosterskader. Det må foreligge en reell dokumentasjon på at den gravide er rusmisbruker (*Noreik og Stang, 2000:76). For å kunne gjøre rede for spørsmålet i problemstillingen *gir vi metadon for å*

beskytte det ufødte barnet og er det forsvarlig behandling? er det naturlig å si noe om hva graviditet er, - og hva kombinasjonen rusmisbruk - graviditet kan føre til, og i hvilken grad dette påvirker fosteret.

9. GRAVIDITET

Når en kvinne blir gravid er hennes helse og levevaner før svangerskapet avgjørende for hvordan svangerskapet vil bli. Planlegger man å bli gravid, vil denne tiden være ideell til å endre levestil. Spesielt i forhold til kosthold, mosjon, røyking, alkoholvaner og unødvendig tablettbruk. Når man opplyser en gravid kvinne om levevaner bør man ta utgangspunkt i hva som fremmer helse og helbred i en graviditet, og hva som påvirker fosterets helse. Kvinnen og hennes partner kan være godt motivert og forberedt på graviditet, fødsel, og det å legge om vaner for best mulighet til å få et friskt barn. Selv om ikke alle graviditeter er planlagt, vil livsfasen som kvinnen og hennes mann går i møte uansett presentere nye tanker rundt partnerskap, familie, personlig utvikling og modning. Man må åpne opp for forandringer, og tillate at nye følelsesmessige utfordringer kommer når man finner ut at man venter barn (Holand, 2001:25).

9.1 Rusmisbruk og graviditet

Ofte har disse kvinnene hatt en vanskelig oppvekst, preget av både rusmisbruk og ustabile boforhold. Rusmisbruket er ofte langvarig, og de tror at barnet skal være redningen. I tillegg til opiater, inntar mange alkohol og nesten alle røyker. De bor ofte dårlig og ernæringen er lite gunstig. Hepatitt B og AIDS er vanlig blant dem. Noen av rusmisbrukere kan være ressurssterke (Holand, 2001:74).

Å innta illegale rusmidler påvirker fosteret, og kan utsette det for forskjellige og skadelige kjemiske stoffer. Ved sprøytebruk utsettes det også for smitte og andre skader (*Welle-Strand, Waal, mars 2001:8).

I følge artikkelen i vedlegg 2 *Rusmiddelets skadevirkning på fosteret* utsetter man også fosteret jevnlig for surstoffmangel, noe som øker risikoen for hjerneskadener eller fosterdød. Det kan oppstå sirkulasjonssvikt i morkaken, noe som igjen fører til spontanabort, morkakeløsning og prematuritet. Ved fødselen har disse barna ofte svært lav Apgar skåre, og de er noe mindre i vekst enn andre barn. Hos noen av barna ser man en forsinket mental og psykomotorisk utvikling, konsentrasjonsvansker og hyperaktivitet, også når de blir eldre (*Jordmora nr. 2/2007:11).

Det kan være vanskelig å skille mellom effekten av de ulike rusmidlene i forhold til andre faktorer, - som et ustabil liv, høy risiko for skader, sykdom og andre problemer. Har kvinnen et blandingsbruk, er det ikke lett å kartlegge effekten fra de ulike rusmidlene, og hvor mye som er brukt (*Welle-Strand, Waal, mars 2001:5). Når man bruker et opioid blir fosteret tilført det, og det blir tilvendt. Hvis en plutselig slutter med opioidet, får fosteret abstinenser på samme måte som kvinnen (*Welle-Strand, Waal, mars 2001:8).

9.2 Metadon og graviditet

For å hindre ukontrollert rusmisbruk hos moren, eller for å slippe å tvinge henne til avrusning er metadon et alternativ. Dette kalles medikamentell vedlikeholdsbehandling. Moren bruker metadon/buprenorfin gjennom hele eller deler av svangerskapet (*Rapport fra Kunnskapssenteret nr 31 – 2008:5).

Mange av kvinnene som er under behandling i LAR, fortsetter behandlingen gjennom graviditeten og etter fødselen. Før utgangen av 2007 var det født 150 - 170 barn av mødre som mottok metadonbehandling. I følge *rapport fra Kunnskapssenteret nr. 31* anbefales det at gravide i LAR (LAR-ØST) opprettholder metadonbehandlingen gjennom hele graviditeten, - og hvis forholdene tilsier det kan dosen nedtrappes litt. Hvis kvinnen blir veldig abstinent mot slutten av graviditeten kan det vurderes å trappe opp dosen (*Rapport fra Kunnskapssenteret nr 31 – 2008:16).

Denne formen for behandling kan gi motforestillinger. Å bruke legemidler under en graviditet krever kunnskap. Hvis et medikament kan gi fosterskader, - bør det utvises forsiktighet. Det samme gjelder ved amming (*Welle-Strand og Waal, mars 2001:2). Å finne tiltak som kan beskytte barnet, og hjelpe kvinnen i morsrollen er viktig. Kan man få kontroll eller forhindre bruk av alle rusmidler stabiliserer det morens livssituasjon. Dette reduserer risikoen for skader og sykdom, og legger til rette for en god omsorgssituasjon. Welle-Strand og Waal har utarbeidet veilederen *Veileder for medikamentassistert rehabilitering til gravide* på bakgrunn av vurderinger av tilgjengelig litteratur, egne erfaringer og praksis i andre land. Denne veilederen legges til grunn for praksis av medikamentassistert rehabilitering.

Med denne veilederen ønsker Welle-Strand og Waal å lage retningslinjer rundt graviditet og metadon:

”Vi ønsker å sikre lik oppfølging, behandling og kontroll av disse kvinnene i hele landet. Videre ønsker vi å legge opp til felles registreringsrutiner, slik at vi kan få en samlet nasjonal oversikt over hvordan det går med disse kvinnene under graviditeten og hvordan det går med barna deres etter fødselen.”(*Welle-Strand og Waal, mars 2001:5)

9.2.1 Retningslinjer og oppfølging i metadonbehandling

- *Informasjon til metadonpasienter*
- *Prevensjonsveiledning*
- *Svangerskapskontroller*
- *Metadonoppfølging*
- *Andre samarbeidspartnere*

Det er viktig å dokumentere og tidlig opplyse om vår informasjonsplikt i forhold til lov om sosiale tjenester § 6-2a. De gravide får informasjon om metadon og graviditet ut fra norske erfaringer og generelle anbefalinger. I denne tiden bør den gravide få saklig informasjon, som ofte må gjentas. Mange er også redde når det gjelder holdninger rundt graviditet og metadon. Denne redselen kan føre til at de ikke forteller om sin graviditet. Menstruasjonsforhold følges opp, og prevensjonsveiledning gies med en gang før metadonbehandling. Ved graviditet tilbys graviditetstest. Noen tror de ikke kan bli gravide, og graviditeten oppdages sent. Mange har også lyst på barn, siden det kan gi dem en ny start.

Disse kvinnene trenger hyppigere svangerskapskontroller enn andre kvinner. Mange har opplevd tidligere svangerskap, - der kontrollene kunne være både uregelmessige og sjeldne.

En del føler redsel for fødselen, og kan være redd for å for lite smertelindring. De bør også tilbys å være med på svangerskapskurs. En gynekologisk undersøkelse kan føles problematisk på grunn av tidligere overgrep – og prostitusjonserfaring.

Etter hvert møter den gravide til konsultasjon og vurdering av metadondoseringen av lege ca en gang pr. måned under hele graviditeten, eventuelt oftere ved behov. Mange steder vil det være den samme legen som har ansvaret for svangerskapskontroll og metadonoppfølging. Det opprettes en samarbeidsgruppe, og de som er med i den bør være sosialtjenesten, barnevern, ansvarlig lege for metadonbehandlingen, barnefar, andre behandlings instanser innen rusomsorgen, fødeavdeling, spedbarnshjem, og team for gravide. I forbindelse med dette bør kvinnen skrive under på en samtykkeerklæring om hvem som samarbeider rundt henne. Det er for å gi mor og barn en så god start som mulig (*Welle-Strand, Waal, mars 2001:9-10).

9.3 Neonatalt abstinenssyndrom (NAS)

Symptomer på grunn av opiat er kalles Neonatalt abstinenssyndrom (NAS).

Symptomene kommer fra mange forskjellige organer i kroppen:

- Fra hjernen: irritabilitet, sitring, motorisk uro, stivhet og kramper.
- Fra mage/tarm -systemet: brekninger, diaré, ernæringsproblemer.
- Forstyrrelser i elektrolyttbalansen.
- Høyfrekvent skrik, kraftig reaksjon på lyd/lys, svetting, søvnforstyrrelser.
- Respirasjonen er svekket, de puster overfladisk og raskt, det kan være nødvendig med oksygenbehandling. (*Killén og Olofsson, 2003:54-55)

Abstinensene kan variere i grader og i når de melder seg. Hos barn som har vært utsatt for metadonbruk i svangerskapet kan abstinensene melde seg så sent som 3 uker etter fødsel. Dette på grunn av den lange halveringstiden på medikamentet. Det kan tilkomme andre årsaker enn abstinenser som gjør at barnet får abstinenssymptomer.

Det kan være tilstander som hjerneblødning, lavt kalsiuminnhold i blodet eller lavt blodsukker. Det er viktig å informere foreldrene om dette under graviditeten, slik at de forstår at barnet kan trenge behandling og observasjon i etterkant av fødsel. Motsetter foreldrene seg dette, skal barnevernet straks kobles inn. (*Killén og Olofsson, 2003:56)

9.4 Abstinenssymptomer for barnet med og uten metadonbehandling

Avhengig av type opioid som har vært brukt under svangerskapet, varierer abstinenssymptomene. De kan starte ulikt, og variere i alvorlighetsgrad og styrke. Symptomene er sett hos 60 – 80 % av barn som har fått heroin eller metadon i svangerskapet. Barnets abstinenssymptomer etter fødselen varierer avhengig av om det er tilført heroin under hele svangerskapet, eller om fødselen trekker ut. Er det brukt hele tiden, opptrer symptomene kort tid etter fødselen siden halveringstiden på heroin er kort. Trekker fødselen ut blir herointilførselen avbrutt og abstinenssymptomene kan komme under fødselen. Når man bruker metadon opptrer symptomene etter fødselen siden metadon har lang halveringstid. De kan også opptre etter få dager. Alle barn med abstinenssymptomer blir behandlet medikamentelt. Denne behandlingen varierer. De som er eksponert for metadon, behandles oftere og med større doser over lengre tid enn barn eksponert for heroin (*Welle-Strand, Waal, mars 2001:8).

10. DRØFTING

Som det står skrevet tidligere i denne teksten, medfører det å være rusmisbruker en rekke problemer, - både fysisk, psykisk og sosialt. Det kan gå ut over skole, jobb og familie. Sosiale relasjoner settes på prøve, og misbrukeren kan havne i farlige situasjoner eller begå lovbrudd i rus. Når man blir gravid utløser dette en ny følelsestilstand i kroppen. Problemene man hadde fra før kan påvirke både mor og foster, og i noen tilfeller settes fosteret i fare.

10.1 Gir vi metadon for å beskytte det ufødte barnet og er det forsvarlig behandling?

Gravide som er i metadonbehandling sliter ofte med psykiske vansker, da gjerne stor grad av angst. Enten disse er rusinduserte eller ikke, er det viktig at sykepleieren møter den gravide med gode holdninger og respekt. I forhold til caset ser vi blant annet hvordan pasienten sliter med en rekke bekymringer. Omgivelsene bør være trygge og det krever at man engasjerer seg i den enkelte pasientsituasjonen (Kristoffersen I, 1996:91).

Psykiske påkjenninger den gravide har kan påvirke fosteret. Ved å gi den gravide hjelp, styrkes fosterets levekår. Ikke bare med avhengigheten, men også med det sosiale styrker vi begges sjanse for å få et godt og sunt svangerskap. For selv med metadonbehandling både bør - og kan man bedre situasjonen for fosteret. Ved å hjelpe den gravide til et velbalansert kosthold, stabile boforhold, og psykisk støtte vil utsiktene bli bedre. Dette bidrar også til at den gravide får en større ansvarsfølelse for seg selv og fosteret.

Travelbees teori sier at empati er evnen til å forstå, sette seg inn i, eller ta del i den psykiske situasjonen en annen person er i der og da. Ut fra hennes teori kan vi forstå at hvis man samtidig klarer å sympatisere med pasienten, vil ønsket om å hjelpe komme til syne. Dette fordi sykepleieren kan vise at hun er engasjert og bryr seg om hvordan pasienten har det (Kristoffersen I, 1996:409,410,411).

Når man etter en tid med tålmodighet har klart å gjøre pasienten trygg, gjennom å vise empati og sympati, så kan man handle. I forhold til kvinnen i caset vil en god

sykepleiehandling være å sette seg ned sammen med henne, snakke og informere om hvordan metadonbehandling vil påvirke både henne og fosteret.

Det vil ofte være en utfordring for sykepleieren å formulere seg godt i forhold til angstpregede pasienter, særlig når en rekke av bekymringene er reelle. Allikevel er det kanskje viktig å få pasienten til å reflektere over alternative konsekvenser ved bruk av metadonbehandling.

Eller kan den gravide ha et alternativ til å ikke være i metadonbehandling? Selv om man vet om alle de negative konsekvensene har sykepleieren allikevel informasjonsplikt, samtidig som man ønsker å redusere pasientens grad av angst. Dette kan være vanskelig og mange i helsevesenet unngår dermed kanskje å informere om eventuelle faremomenter. Informasjonen som skal gis utdyper vi under hvilke konsekvenser metadonbehandling har for fosteret.

10.1.1 Metadon i svangerskapet

Ut ifra teoridelen ser man at metadon i svangerskapet har konsekvenser for fosterets velbefinnende. Metadonbehandlingens hensikt er å forhindre abstinenser og man ser at nedtrapping kan føre til abstinenser. Under graviditeten kan den gravide ha behov for økt metadondose, siden fosteret opptar en del. Abstinenser vet man ut fra forskningen er u hensiktsmessig for fosterets utvikling. På en annen side, er det heller ikke hensiktsmessig for barnet å bli født med abstinenser.

Hva er riktig behandling? Når den gravide får redusert dose medfører det abstinenser for henne, og det påvirker også barnet slik at det også får abstinenser. Når den samme metadondosen gies igjennom svangerskapet kan det medføre NAS hos barnet, og abstinensene kan komme senere på grunn av metadonets halveringstid. Som sykepleier i denne situasjonen fungerer man som behandlende leges sin ”forlengede hånd.” Legene forordner metadonet, og sykepleieren deler det ut.

Men er det dermed sagt at LAR alltid har rett i sine beslutninger om utdeling av metadon til den gravide?

Kvinner som er i metadonbehandling er oftere i bedre stand til å ta vare på seg selv og fosteret. De får mulighet til og å planlegge fødselen og tiden etterpå bedre. Det er på grunn av oppfølgingen LAR gir, og at metadon virker mindre sløvende, varer lenger og ikke gir rus. Man vet at avhengighetssyndromet til opiater ikke er borte, men at en stabil konsentrasjon av metadon i kroppen inngår som et alternativ. Det fungerer som et substitutt til for eksempel uregelmessig konsentrasjon i kroppen av heroin, dolcontin og andre liknende preparater. Det fjerner dermed rusuget de ellers ville følt.

Alle kan være enige i at et så potent legemiddel som metadon er svært negativt i seg selv under ethvert henseende. På sett og vis kan man ut ifra caset se den gravides følelse av omsorg for det ufødte livet hun bærer, og et ønske om fosterets beste.

Men utover pasientens følelse av ansvar, hva kan hun egentlig gjøre? Fjerne fosteret? Fortsette på metadon? Følge en nedtrapping? Alle alternativene innebærer negative konsekvenser for fosteret, uavhengig av mors ansvarsfølelse. Kan man kanskje si at det å vise ansvar ville først og fremst vært å bruke prevensjon?

Er det ikke da bedre at de blir behandlet med metadon innefor ordnede rammer og at noen faktisk stiller krav til dem?

Når man først er gravid, er det viktig å støtte kvinnen i dens avgjørelser. Samtidig har man som sykepleier mulighet til å påvirke avgjørelsene pasienten tar ut ifra tillitsforholdet man har etablert. Man kan si at det kanskje ligger mye makt i dette ovenfor pasienten. Sykepleierne i denne situasjonen fremstår som "en slags type eksperter", hvilket gjør det svært viktig at man har en klar oppfatning av hva man mener er etisk rett eller galt. Ovenfor den gravide pasienten under substitusjonsbehandling er det viktig å veilede, og å gi råd, man bør ikke overtale. Sykepleiere har dermed også i ulik grad mulighet for å innvirke på hennes ansvarsfølelse i henhold til fosteret. En viktig faktor vil da være å informere, samt å få pasienten til å reflektere over hvorvidt metadon er forsvarlig eller ikke under graviditet. Man må så tidlig som mulig i svangerskapet informere de kommende foreldrene om at det nyfødte barnet kan trenge behandling på sykehus i kortere eller lengre tid etter fødselen. Dette skyldes oftest abstinensene, men kan også skyldes hjerneblødning, lavt blodsukker og lavt kalsiuminnhold i blodet (*Killén og Olofsson, 2003:56).

10.1.2 LAR

En kvinne som klarer å følge opp et LAR – vedtak viser at hun har ansvarsfølelse, og at hun vil det beste for fosteret. Ofte er disse kvinnene redde for om metadonbehandlingen skader fosteret på noen måte og om de må kutte ut behandlingen når de blir gravide. Dette har vi også illustrert i caset. Etter at hun fikk et LAR – vedtak klarte hun seg bedre både psykisk og sosialt, og ble dermed gravid. Men da kom samtidig bekymringene ovenfor barnet hun venter.

Kvinnene som får metadon under svangerskapet blir godt fulgt opp gjennom LAR. De har hyppigere svangerskapskontroller, både for å ivareta fosteret i magen, samt å ivareta den gravide. På denne måten kan de kontrollere metadondosen så langt det er mulig, og de kan informere den gravide og forberede fødsel og barseltid. Det vil si at metadonbrukende kvinner er bedre forberedt, og fosteret er bedre ivaretatt enn fostrene til rusmisbrukere som ikke får noen substitusjonsbehandling. På en annen side ser man at det er en rekke nye retningslinjer for substitusjonsbehandling av gravide under utarbeidelse av en rekke eksperter, hvilket vil komme til neste år (Helsedirektoratet). Dette gir i seg selv et uttrykk for en misnøye og et forbedringspotensial i forhold til hva slags praksis vi har i dag

10.2 Hvilke etiske utfordringer har sykepleieren i forhold til gravide under metadonbehandling?

Yrkesetiske retningslinjer er det sykepleieren må rette seg etter i det praktiske arbeidet. Sykepleiere plikter som man kan se ut fra teorien å vise omsorg for alle som lider, uansett hva årsaken måtte være (Norsk sykepleie forbund). Men er dette alltid like enkelt? Klarer man å vise empati ovenfor alle?

10.2.1 Travelbee

Travelbee sier som man ser ut fra teorien at empati ikke skjer tilfeldig, og at man som sykepleier ikke føler empati for alle typer mennesker. Empatien kommer når sykepleieren har et reelt ønske om å forstå pasienten (Kristoffersen I, 1996:409,410,411). Hun sier også at ethvert menneske er unikt. Respekten ovenfor en rusmisbruker vil da bli sentral, det er viktig at sykepleieren viser respekt nettopp på grunn av at rusmisbrukere er en utsatt gruppe. Ofte blir de sett ned på av resten av samfunnet, de står til og med sist i køen når det gjelder å få hjelp fra helsevesenet. Hvis man som sykepleier møter disse menneskene med dårlig holdning og ingen respekt, vil de sannsynligvis trekke seg unna, og man får ikke fulgt dem opp under svangerskapet i det hele tatt. Kanskje er det viktig at sykepleieren går i seg selv og gjør seg opp noen tanker om hvem som er utsatt for å bli rusmisbruker?

Ut fra teorien ser man at det ikke bare er lysten på rus som gjør dette, men de kan bli avhengige på grunn av psykiske problemer, alkoholproblemer eller problemer med kriminalitet (Fekjær, 2008: 95).

10.2.2 Yrkesetiske retningslinjer og sykepleie

I de yrkesetiske retningslinjer kommer det klart frem hva sykepleieren har å forholde seg til. I punkt 1.2 ser man at ved å gi nok, tilpasset informasjon og sørge for at denne er forstått, øker man pasientens mulighet til å kunne ta avgjørelser. Når man møter kvinner som er gravide og bruker metadon, er dette veldig viktig. Kvinnene trenger informasjon om hva metadon er, dets virkning på henne og fosteret. Det er sykepleieren som plikter å informere om dette. Metadon i seg selv kan bidra til at pasienten blir mer motivert for andre behandlings – og omsorgstiltak, ved at livssituasjonen bedres (Helse og sosialdepartementet, Rundskriv I – 35/2000,).

Sykepleieren kan her komme i konflikt med seg selv og egne holdninger. Personlig kan man mene at metadon ikke er akseptabelt og ikke bør gis, men på grunn av yrkesvalget må man gjennomføre behandlingen. Man må være spesielt forsiktig når man gir informasjon til disse kvinnene, slik at egne meninger ikke skinner gjennom.

Punkt 1.3 i yrkesetiske retningslinjer viser at man som sykepleier plikter å ivareta pasientens fortrolige opplysninger. Det er ikke alltid dette blir en regel.

Om man mistenker at kvinnen har ruset seg utenom substitusjonsbehandlingen, kan det fattes et vedtak om tvang jf. § 6-2 a i Sosialtjenesteloven. Dette blir da et vedtak for å beskytte fosteret mot et eventuelt sidemisbruk, som kan være skadelig. Før et slikt vedtak fattes har en som man kan se ut fra teorien krav på veiledning og eventuelle tiltak før vedtaket om tvangsbehandling blir fattet. Det er viktig at sykepleieren på et slikt tidspunkt ikke misbruker dette. I punkt 1.4 beskrives det at sykepleieren skal beskytte pasienten mot krenkende handlinger, og at unødvendig bruk av tvang ikke skal forekomme. Sykepleieren kan da komme opp i et etisk dilemma, har kvinnen ruset seg eller har hun ikke?

Motsetter kvinnen seg veiledning og eventuelle tiltak er det kanskje grunn til å tro at dette er fordi hun har noe å skjule? Samtidig må man ta hensyn til pasientens verdighet og integritet, slik at man ikke krenker henne. Troverdigheten til pasienten er viktig for tillitsforholdet, slik at pasienten ikke blir mistrodd. Man må være rimelig sikker på at kvinnen har ruset seg før man fatter et tvangsvedtak. Et tvangsvedtak kan da bli fattet hvis det er for å forebygge at det skader andre, herunder fosteret. Sykepleiere kan komme opp i et etisk dilemma ved at det fattes slike tvangsvedtak, og hva da med pasientens autonomi?

Dette vil da stilles opp mot sykepleierens mål om å verne liv. Ruser den gravide kvinnen seg, eller ikke følger opp kontroller, blir sykepleieren nødt til å tenke over konsekvensene for fosteret. Gravide kvinner som uteblir fra kontroller mens de bruker metadon risikerer at de kan få abstinenser fordi metadondosen da ikke er jevn hele tiden.

En metadonbruker kan være en utfordring for sykepleieren, ikke bare i forhold til det medikamentelle, men også på det menneskelige plan. En konsekvens av avhengigheten til rusmidler at de ofte blir løgnaktige og ikke til å stole på (Kringlen, 2005:239). Dette viser seg kanskje ved at de ikke møter opp til avtalte kontroller eller at de kommer uregelmessig. Og om de kommer, så trenger de kanskje noe å styrke seg på, slik som caset illustrerer. Hun måtte ta flere Sobril for å kunne møte opp hos legen. Psyken deres er ofte nedbrutt, og de har liten tro på seg selv. Sykepleierens utfordring da ligger i å støtte denne kvinnen, vise engasjement og vilje til å hjelpe henne til å få et best mulig svangerskap.

Vi plikter som sykepleiere å yte omsorg til alle som trenger det, uansett årsaken til behovet for omsorg. Mange av disse kvinnene er redde for selve fødselen og om de vil bli godt nok smertelindret, noen har kanskje opplevd tøffe svangerskap og fødsler tidligere. Det vil som nevnt tidligere være viktig med god informasjon til kvinnen på et tidlig tidspunkt. En utfordring for sykepleieren kan være at man må informere dem om at man tenker langsiktig og vektlegger mulighetene til et samarbeid rundt barnet på lang sikt. Dokumentasjon er derfor en viktig del av det etiske rundt disse kvinnene (*Welle-Strand, Waal, mars 2001:9-11).

Noen kvinner finner ikke ut at de er gravide før de har kommet et stykke ut i svangerskapet, slik som hun vi møter i caset. Dette kan by på utfordringer hos sykepleieren. Man skal prøve å betrygge kvinnen, samtidig som man må være fullstendig ærlig om at metadon er skadelig for fosteret. Det viktigste herfra vil allikevel være at kvinnen får klar informasjon om at hun kan få hjelp, enten hun vil legge seg inn frivillig eller om det må bli ved tvang. Hun vil da få oppfølgingen hun trenger i forhold til kosthold, svangerskapskontroller, og metadonbehandlingen vil være under kontroll. Dermed er også fosterets utsikter mye bedre enn ved at kvinnen blir skremt, velger å holde graviditeten for seg selv og dermed begynner og ruse seg på andre opiater enn metadon.

10.2.3 Konsekvensetikk

Som sykepleiere har man forpliktet seg til å ha en viss kunnskap om medikamentet man gir, og ut fra det teorien forteller om metadon, vet man at det er skadelig for fosteret. Konsekvensetikken sier noe om at hvis en handling medfører positive konsekvenser for noen, kan det rettferdiggjøre handlingen (Henriksen og Vetlesen, 1997:174-175). Konsekvensen ved å gi metadon vil da forhåpentligvis være at den gravide kvinnen klarer å holde seg unna andre stoffer enn metadon, for eksempel heroin. Men konsekvensen hvis man ikke gir metadon vil sannsynligvis være at den gravide tyr til heroin eller andre opiater og dermed skader fosteret enda mer enn ved metadonbruk. For fosteret vil konsekvensen være avhengigheten til stoffet det blir tilført gjennom morkaken i svangerskapet. Samtidig må man se det fra den andre siden, - får ikke den gravide metadon i svangerskapet vil abstinensene melde seg og fosteret kan bli skadet av det også.

10.2.4 Pliktetikk

Selv om man vet konsekvensene av behandlingen, tar ikke pliktetikken hensyn til dette, men har fokus på hva som bør gjøres (*Christoffersen 1997:37). Ettersom den gravide kvinnen i caset allerede har et LAR – vedtak, er det legen som forordner medikamentet. Som sykepleier plikter man å dele ut medikamentet, om ikke egen avtale med arbeidsgiver har blitt gjort. Eller det står hjemlet i loven at man kan fritas (Yrkesetiske retningslinjer 3.6).

Ifølge prinsippet om ikke – skade, har sykepleieren plikt til å passe på at pasienten ikke blir skadet av den behandlingen sykepleieren gir. Prinsippet om velgjørenhet krever at sykepleieren handler til det beste for pasienten. Sykepleieren i dette tilfellet fokuserer på å ivareta mor på best mulig måte ved å følge henne opp og gi henne muligheten til å kunne ha et best mulig svangerskap, siden dette også påvirker fosteret. Ved å verne mors liv, verner du også fosterets liv, selv om man som vi har påpekt flere ganger vet at metadon er skadelig for fosteret.

Men er ikke alternativet verre?

At mor tyr til annen rus og muligens påfører fosteret større skader. Dersom man beskuer sykepleiers hovedansvar som en oppgave som handler om det å verne om livet, vil det å fungere som den som i det praktiske deler ut metadonet selv, være nødt til å gjøre seg opp en formening om i hvilken grad det er til skade for den gravide og fosteret.

Dette er et mye debattert tema, hvor det råder uenighet også blant ekspertene. Vi kjenner godt viktighetsgraden av en reflektert sykepleierutøvelse. Da det som vi har sett foreligger lite forskning på område, vil det kanskje i stor grad være ens egen overbevisning som gjør seg gjeldene i forhold til hvordan man stiller seg?

11. KONKLUSJON

I teoridelen og drøftningsdelen kommer det frem at metadonbehandling gir kvinnen en mer stabil livsførsel. De har dermed en bedre forutsetning for å få et godt svangerskap, sett i forhold til bruk av andre opiater eller ikke noe behandlingstilbud. Det negative aspektet ved metadonbehandling er at det går utover fosteret. Metadon påvirker fosteret både før og etter fødselen. Det kommer tydelig frem i drøftingen at man møter på etiske utfordringer når man gir gravide kvinner metadon. Dette er fordi behandlingen er kontroversiell, og det å skulle gi en gravid kvinne et slikt medikament som metadon er, vil for mange gå imot det som sykepleieren står for.

Skal man kunne se på dette med kritiske øyne og egne meninger ville man kanskje gjort ting annerledes. Det kan være å gi metadonbrukere bedre prevensjonsveiledning før de blir gravide.

Prevensjonsveiledningen er en del av tilbudet i dag, men en utvidelse av det hadde kanskje vært klokt? Å tilby kvinnene gratis prevensjon, kan gjøre at det er lettere å ta i bruk dette tiltaket. Så har de mulighet til å planlegge en graviditet når behandlingen i LAR er nesten eller helt ferdig. Da er de kanskje enda bedre rustet til å ta til seg gleden som en graviditet og fødsel gir. På denne måten slipper de kanskje bekymringene som metadonbehandlingen gir dem.

Ut fra teorien ser dagens oppfølging i LAR bra ut. Men som det kommer frem i drøftingen, så er det under utarbeiding en ny LAR- forskrift som foreligger i løpet av 2009. På grunn av for lite behandlingsplasser kan det være mange som ikke får dette tilbudet. Etter hvert blir det kanskje også mer anerkjent som en behandlingsform til gravide som flere kan stille seg positive til. Økt kompetanseheving for sykepleiere innefor rus er ikke bare viktig for pasienten, men for at sykepleieren skal føle seg trygg i jobben hun gjør.

For å være en god sykepleier, krever det at man møter pasienten der den der. Skal man gjøre dette på en forsvarlig må man ha kunnskap, erfaring både profesjonelt og privat.

12. ETTERORD

Var i hospiteringspraksis i en institusjon som tar i mot gravide med rusmiddelproblemer.

Alle de ansatte var imøtekommende og positive til oppgaven vår. Fikk god tilbakemelding i valg av problemstilling. Ble også korrigert, og det var fint. Der har de bred kompetanse og erfaring med gravide i metadonbehandling. Fikk tips med hensyn til oppgaven fra alle profesjoner der, som jordmor, sykepleier, hjelpepleier, avdelingsleder, sosionom, laboratorietekniker og andre.

Hadde tilgang til bibliotek, internett og avdelingens egne kilder, - som kurs og artikler. Uten denne hospiteringen hadde ikke funnet av relevante kilder vært optimal, og retter en stor takk til alle ansatte i denne institusjonen.

Dette har vært en spennende oppgave å skrive, men også utfordrende. En slik type oppgave med så sensibelt tema, vil sette tankene i sving hos alle involverte. Ettersom det ikke var så mye relevant litteratur om temaet i pensumbøkene, måtte vi søke etter sikre kilder andre plasser. Da dette var på plass, synes vi arbeidet gikk lettere.

Til slutt vil vi si at vi er fornøyde med sluttproduktet, vi synes vi har valgt et tidsaktuelt og spennende tema.

13. LITTERATURLISTE

13.1 Pensumlitteratur

Dalland, O

Gyldendal Norsk Forlag AS 2007

Metode og oppgaveskriving for studenter

Felleskatalogen AS,

Oslo 2005 47. utgave 2005

Hollandvik, J-E

Gyldendal Norsk Forlag AS 2002

3. utgave, 2. opplag 2004

Helsetjeneste og helsepolitikk

Henriksen, J-O og Vetlesen, A J

Gyldendal Norsk Forlag AS 2002.

utgave 1997

Nærhet og distanse

Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker.

Holand, S

Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS 2000

2. opplag 2001

Det nye livet

Svangerskap, fødsel og barseltid.

Kirkevold, M

Gyldendal Norsk Forlag AS 2001

1.utgave 1992. 2.utgave 1998, 5. opplag 2006

Sykepleieteorier

- *analyse og vurdering*

Kristoffersen N. J

Gyldendal Norsk Forlag AS 2002

1.utgave 1996, 6. opplag 2004

Generell sykepleie I

Kringlen, E

Gyldendal Norsk Forlag AS 2005

8. utgave 2005, 1 opplag 2005

Psykatri

Simonsen, T. Aarbakke, J. Lysaa, R

Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke as 1997

2.utgave 2004

Illustrert farmakologi

Slettebø, Å

Gyldendal Norsk Forlag AS 2002

3. utgave 2002, 2.opplag 2003

Sykepleie og etikk

13.2 Selvvalgt litteratur

* Bratteteig, M. Hove, I. Aakerholt, A
Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning 2002
Rusa eller gal?

Sammenheng mellom rusmisbruk og psykiske lidelser

* Brinchmann, B S

Gyldendal Norsk Forlag AS 2005

1.utgave, 1.opplag 2005

Etikk i sykepleien

* Christoffersen, S Aa

Svein Aage Christoffersen og Tano Aschehoug 1997

Handling Person Samfunn

En innføring i grunnlagsetikk for helse- og sosialfagene

* Fekjær, H O

Gyldendal Norsk Forlag AS 2008

3.utgave, 1.opplag 2009

Rus

Bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historikk

* Killen og Olofsson

Kommuneforlaget AS 2003

Det sårbare barnet

* Kunnskapsforlaget ANS, H. Aschehoug & Co. A/S og Gyldendal Norsk Forlag ASA,
Oslo 2004

6.reviderte utgave ved professor dr.med. Magne N 2.opplag 2005

Medisinsk ordbok

* Noreik, K og Stang, G

Gyldendal Norsk Forlag AS 2000

1.utgave 1987. 2.utgave 1992. 3.utgave 1997. 4.utgave 2000, 2.opplag 2002

Lærebok i sosialmedisin

* Østnorsk kompetansesenter for rus og avhengighet, Sykehuset innlandet, 2005

Hertervig forlag 1.utgivelse 2005

Den stygge andungen

Syv fortellinger om rusmisbruk og psykiske lidelser fra en behandlingshverdag

13.3 Litteratur fra internett

* FELLESKATALOGEN

http://www.felleskatalogen.no/felleskatalogen/?mainpage=/felleskatalogen/show.do%3Ffilename%3D/content/index.htmlIntent0/1/alkohol_2001/kap7.pdf

* Frogopsahl, G og Waal. H

Veileder for helsepersonell i medikamentassistert rehabilitering Versjon II mai 2001

<http://narkoman.net/doc/marvei.pdf>

* FORSKNINGSSTRATEGI RUSBEHANDLING HELSE ØST –

KLINISK RETTET FORSKNING PÅ RUSMIDDELOMRÅDET

Rapport fra en arbeidsgruppe

http://www.med.uio.no/shhu/Innkallinger/2006/16.mars2006/160306/rusbehandling_ha ndlingsplan.pdf

* HELSEDIREKTORATET

Statusrapport 2008

Opptappingsplanen for rusfeltet

http://www.helsedirektoratet.no/rusmidler/publikasjoner/_opptappingsplanen_for_rusfeltet_statusrapport_2008_359084

* HELSE - OG OMSORGDEPARTEMENTET

Rundskriv I-35/2000

Rundskriv, publisert 17.09.2002 Erstatte Rundskriv I-25/98

Retningslinjer for legemiddelassistert rehabilitering av narkotikamisbrukere.

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rundskriv/2002/I-352000-Erstatter-I-2598.html?id=446841>

* HELSE - OG OMSORGDEPARTEMENTET

St.meld. nr. 16 (1996-97)

Narkotikapolitikken

4. Metadon - supplement til annen behandling av opiatmisbrukere

http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr-16_1996-97/27.html?id=191031

* FOLKEHELSEINSTITUTTET

Metadon - faktaark

Publisert 01.02.2008 , oppdatert: 15.04.2009, 09:31

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5648&MainArea_5661=5648:0:15,2917:1:0:0:::0:0&MainLeft_5648=5544:52508::1:5647:45:::0:0

* KUNNSKAPSSENTERET

Rapport fra Kunnskapssenteret nr 31 – 2008

Medikamentell vedlikeholdsbehandling av gravide med opioidavhengighet

<http://www.kunnskapssenteret.no>

* NORSK SYKEPLEIERFORBUND

NSFs yrkesetiske retningslinjer og ICNs etiske regler

https://www.sykepleierforbundet.no/portal/page/portal/NSF/VisArtikkel?p_sub_doc_id=113945&p_document_id=113945

* NORSK LEGEMIDDELHÅNDBOK

<http://www.legemiddelhandboka.no>

* NOU

Norges offentlige utredninger 2003: 4

Forskning på rusmiddelfeltet

En oppsummering av kunnskap om effekt av tiltak

Oppnevnt av Sosial- og helsedepartementet 9. september 2001.

Avgitt til Sosialdepartementet februar 2003.

<http://www.regjeringen.no/Rpub/NOU/20032003/004/PDFS/NOU200320030004000D/DDPDFS.pdf>

* SOSIAL OG HELSEDIREKTORATET

Kvalitetsforbedring av sosial - og helsetjenesten til rusmiddelmissbrukere

Forslag til kvalitetsstrategi fra en arbeidsgruppe, desember 2004.

http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/rapporter/kvalitetsforbedring_av_sosial_og_helsetjenesten_til_rusmiddelmissbrukere_19226

* STORE NORSKE LEKSIKON

<http://www.storenorskeleksikon.no/>

* Welle-Strand, Waal 2001

Veileder for medikamentassistert rehabilitering til gravide Versjon I mars 2001

http://narkoman.net/doc/Veileder_for Behandling_av_gravide.pdf

Vedlegg 1.

Siv's historie.

Til slutt har vi lyst til å dele dette forkortede utdraget med leseren.
Utdrag fra boka: **Den stygge andungen, 2005.** Av Helge Bjørnsen. s.210-227

"Jeg visste at det var hippie jeg skulle bli allerede på barneskolen. Tenkte så klart ikke på avhengigheta da, bare hvor kult det virka å gi... i alle regler & dele alt. Som de fleste så gikk jeg via alkohol, piller, & hostesaft, videre til hasj & speed, før jeg endelig i siste delen av tenåra fant "mitt livs kjærlighet": heroinen. & i de første 10-12 åra holdt vi sammen, jeg & dopet.

Mista ungen, lappen, telefon & bil, & selvfølgelig gikk det ikke lenge da før jeg mista kontaktene & opplegga mine. Det jeg satt igjen med var bare en voldsom angst, særlig for det å tenke klart. Så da jeg ikke lenger hadde tiltak til å skaffe meg det jeg aller helst ville ha, dop, så blei det oftere at jeg tydde til alkohol, noe jeg egentlig aldri har likt. Det tok ikke mer enn et års tid, så var jeg regelrett vrak. Jeg som alltid hadde vært velstelt & nydusja.

Så langt hadde kontakten med hjelpeapparatet, rusomsorgen, vært heller sporadisk. Det gikk hovedsakelig ut på at jeg med ujevne mellomrom erklærte at jeg hadde det bra, & at rus ikke var noe problem for meg.

& sånn gikk det til at jeg for første gang, noen måneder før 30-årsdagen min, begynte å vurdere seriøst å ta imot en behandlingsplass. Ikke fordi jeg hadde lyst... & det virka som jo også som det eneste vettu å gjøre både i forhold til Barnevernet & andre myndigheter: hadde etter hvert så mange straffbare forhold at flere påtaleunntelser eller betinga dommer ikke var å håpe på. Jeg ville måtte sone også... dette utgjorde motivasjonen for mitt første institusjonsopphold... Det ble Renåvangen, og de 15 månedene der er et kapittel for seg...

Ting som bolig, inntekt & no vettu å ta seg til blei ordna, sakte men sikkert. Det som tok lengst tid, var bolig. Et helt år bodde jag på stua hos mor, som samtidig var fostermor for min datter. Nå hadde jeg vært nykter i to år, hadde leilighet, skoleplass, regelmessig samvær med datteren min & en trygd det burde være mulig å leve av.

Det var nå jeg virkelig begynte å føle meg snytt. Lykken jeg trodde jeg hadde fortjent dukka ikke opp. Og på toppen av det hele begynte ting jeg hadde fortrenget i fortida å trenge seg frem i bevisstheten. Marerittene om voldtekten.

Det føltes som jeg hadde slitt meg gjennom de to hardeste & verste åra i mitt liv til absolutt ingen nytte. Det tok ikke lange tida før jeg var like hekta som før, bare mer desillusjonert.

Ikke lenge etter skrev jeg min første metadonsøknad, selv om jeg knapt visste hvor jeg skulle sende den. De fleste nykterister later til å tro at et liv som narkoman bare er elendighet, men det er ikke sånn. I lange perioder har jeg trivdes ganske bra med livet mitt, selv om jeg har vært hekta. Der er jo først når man ikke har no at det er kjipt å være heroinist.

Mange mener at "dem får bare ta seg sammen å få seg en jobb". Hadde det bare vært så enkelt! Jeg tror vel egentlig at enkelte av oss er født med et manglende kjemikalie eller lignende som gjør at vi ikke fungerer ordentlig uten opiater. Og derfor er det vel mange av oss som fikk nytt håp da myndighetene endelig begynte å innse at den ruspolitikken som har vært her før til lands

absolutt ikke fungerte. Å sette folk i fengsel fordi de lider av en sykdom er jo ganske lite menneskeverdig, & som forebyggende tiltak hjalp det ikke det spor.

Opp gjennom åra tilbrakte jeg mye tid på Bredtvedt. & fengselet fungerer jo også som en slags utdanning, særlig for yngre misbrukere.

Jeg skrev under på metadonkontrakta mi noen uker før jeg fylte 39. Skikkelig sliten var jeg da & visste med meg sjøl at jeg ikke kom til å vare stort lenger. Brukte minst e gram i døgnet i tillegg til masse valium & hyppere. Dette var det siste toget jag hadde sjansen til å komme med.

Ble redd jeg hadde mista sjansen da jeg ble arrestert med en 10.grammer bare noen dager før jeg skulle på avgiftning. Heldigvis ble det tatt hensyn til at jeg var inkludert i metadonprogrammet, så denne gangen slapp jeg med to ukers varetekt.

Julaften 99 fikk jeg den første metadondosa.

Ensomheten er hard for en som bryter med det som har vært kjent og trygt. Dopet har vært både familie & bestevenn i så mange år at man blir dobbelt så aleine når man skal kutte ut det + folka man er vant til å omgås.

Det var mange av dem som var sikker på at det aldri ville bli "folk" av meg. Tror jeg ble regna som et av de mest håpløse tilfellene. Den medfødte trassen i meg har sikkert hjulpet denne gangen. & jeg har kommet langt på disse fire åra, har mye å miste nå. I tillegg til en nydelig voksen datter som har klart seg kjempebra, og de to bikkjene mine, så har jeg både førerkort & bil + et lite hus på landet. Ja, jeg & Husbanken, da.

De siste månedene har jeg drømt om dop flere netter i uka. Ligger våken til både 4 & 5 & sliter med dagens problemer. Kontoen er kronisk i minus, regningene hoper seg høyere & høyere opp. Er det sånn jeg skal leve resten av livet mitt.

Aldri en ferie, aldri noe ekstra..."

Rusmidlers skadevirkning på fosteret

TEKST: ULRIKA HAAKANSSON OG HELGA MELKERÅEN

Rusmidler generelt har negative konsekvenser for et ufødt barn både når det gjelder fosterutviklingen, abstinenssymptomer og senvirkninger når barnet blir eldre. Bruk av flere forskjellige rusmidler samtidig forsterker virkningen av hvert enkelt rusmiddel, så vel som de negative effektene for fosteret. Det vil være umulig å konkludere med et sikkert inntaksnivå for rusmidler, da man vet at det er individuelle faktorer hos så vel kvinnen som barnet som virker inn på hvilke skader barnet risikerer å få, og i hvilken grad barnet kan bli påvirket. Mange rusmisbrukende kvinner har en svært utsatt livssituasjon med mange tilleggsbelastninger som gjør at de negative konsekvensene av rusmidlene blir forsterket. Det gjør at det er ekstra viktig å tidlig avdekke bruk for å kunne sette inn tiltak slik at graviditeten blir minst mulig eksponert av rusmidler. Det er viktig å være oppmerksom på at også kvinner i den såkalte



Illustrasjonsfoto: ScandinavianStockPhoto

”normalpopulasjonen” – det vil si folk flest noen ganger bruker rusmidler i svangerskapet. Dette dreier seg som regel om alkohol og benzodiazepiner, hvor alkohol faktisk er det stoff som er mest skadelig for det ufødte barnet. Her følger en oversikt over det vi i dag vet om hvilke typer konsekvenser rusmiddelbruk i svangerskapet kan føre til for det ufødte barn.

Alkohol

Omtrent 90 % av Norges befolkning drikker jevnlig alkohol, hvilket betyr at alkohol er det mest benyttede rusmidlet blant folk generelt og, har det vist seg, blant gravide kvinner. Hvis en person har et rusmiddelproblem er det vanligvis alkohol som er rusmidlet, til tross for at det kanskje kan se annerledes ut både i media og i behandlingsapparatet for gravide rusmisbrukere, hvor narkotikaproblematikk er overrepresentert. I normalpopulasjonen er det mange kvinner som fortsetter å drikke gjennom svangerskapet og det er enda flere som har drukket alkohol den første måneden før de var klar over at de var gravide. Alkohol er det stoff som er desidert mest skadelig for et foster da det påvirker flere viktige prosesser i den føtale utviklingen. Alkohol er et teratogen (fra gresk; teratogen = monster), noe som betyr at det er et direkte fosterskadende stoff som forstyrrer normal utvikling hos fosteret. Alkohol påvirker fosteret direkte gjennom å interagere med føtale celler. Dessuten beveger alkohol seg lett over i morkaken og sprer seg like raskt hos fosteret som hos mor. Alkohol går også over i fostervannet som fosteret drikker. Alkoholen brytes i liten grad ned i fosterets lever, faktisk skjer den primære nedbrytingen i morens lever etter tilbakeføring av alkohol fra fosteret til moren. Dette betyr at alkoholvirkningen blir langvarig og relativt sterk hos det ufødte barnet etter at moren har drukket alkohol.

Den mest alvorlige skaden som kan oppstå etter alkoholeksponering i svangerskapet er Føtal Alkohol Syndrom (FAS), hvilket er en beskrivelse av en mengde kroppslige misdannelser, veksthemming og forstyrrelser i sentralnervesystemet som fører til kognitive og atferdsmessige problemer. Skadene er permanente og vil påvirke barnet gjennom hele livet. For at et barn skal få diagnosen må samtlige av de oven beskrevne kriteriene være oppfylt, i tillegg til en



Illustrasjonsfoto: ScandinavianStockPhoto

bekreftelse på at mor drakk alkohol i svangerskapet. Hvis et barn fødes med noen, men ikke alle skadene i FAS (for eksempel mangler de typiske ansiktstrekkene som må være til stede ved FAS) kan barnet diagnostiseres med FAE – føtale alkoholeffekter.

I tillegg til FAS og FAE forårsaker alkohol i svangerskapet en mengde negative konsekvenser. Blant annet finner man en sammenheng mellom alkoholkonsum og infertilitet blant kvinner. Jo mer alkohol kvinnen drikker desto vanskeligere er det for henne å bli gravid. En studie har vist at så pass lite som en til fem alkoholenheter (alkoholenhet = 1 glass) pr uke setter ned fertiliteten med en tredjedel. Dette er det viktig å informere par som prøver å bli gravide om. Store studier har også vist at det er en sammenheng mellom alkoholinntak og spontanabort, særlig i den sensitive perioden i første trimester. Kvinner som har et høyt alkoholkonsum risikerer å føde barnet sitt prematurt, og det ser ut som om barn som har vært alkoholeksponerte i fosterlivet kan få skader som ligner på de premature barn får, til tross for at de er født til termin. Et unntak i forhold til at det er høyt alkoholinntak som fører til disse konsekvensene, er at det er en stor økning i premature fødsler mellom uke 29 – 33 ved så pass lite konsum som 1 enhet pr uke.

Alkoholkonsum i svangerskapet kan også føre til veksthemminger både i forhold til vekt, lengde og hodeomkrets. Det er en dose – responseeffekt, hvilket betyr at jo mer kvinnen har drukket, jo mindre blir barnet. Dette innebærer at det er en hypotetisk risiko for veksthemminger til stede ved hver alkoholeksponering.

Det er dog ved skader på hjernen man ser de alvorligste konsekvensene av alkoholkonsum i graviditeten. Det er en av de vanligste årsakene til hjerneskader hos barn i den vestlige verden. Alkohol påvirker hjernen gjennom hele svangerskapet, og man ser både påvirkning på intelligens (både generell læring og skolekunnskap), hukommelse, oppmerksomhet, impulsivitet, motorikk, problematferd og sosioemosjonell funksjon ved så vel høy som ved lavere eksponering.

Hvis en kvinne har drukket i slutten på svangerskapet kan barnet fødes med abstinenser som sitringer, krampeanfallet, søvnforstyrrelser, sugeproblemer, gulping og pusteproblemer. Til tross for at det i Norge sannsynligvis fødes en betydelig andel barn med FAS, FAE og mer subtile skader forårsaket av prenatal alkoholeksponering hvert år er det dessverre relativt få som blir diagnostisert. Dette er uheldig ettersom barna da sannsynligvis ikke får den tilretteleggingen de trenger for å ha så gode sjanser som mulig til å klare seg senere i livet til tross for sitt handikap. Det finnes i dag ingen sikker mengde for hvor mye alkoholeksponering et foster tåler før skadevirkninger oppstår, og det er derfor viktig å anbefale kvinner å være totalavholdende i svangerskapet.

Hasj, marihuana (cannabis)

Cannabis har en sterk kulturell betydning i mange deler av verden og i noen land brukes stoffet som smertestillende middel, særlig i kreftbehandling. Cannabis blir ofte benevnt som et lettere narkotisk stoff, og det er relativt mange i Norge som bruker cannabis uten å nødvendigvis regne seg for å ha rusmiddelproblemer. Det er dog mange som har et problematisk bruk av cannabis, og det er svært mange med rusmiddelproblematikk som bruker stoffet i kombinasjon med andre preparater. Blant misbrukere er det mange som rapporterer at cannabis er det stoff som er særlig vanskelig å slutte med.

Cannabis inneholder ca 400 emner, men det er TCH (tetrahydrocannabinol) som er den bestanddel som har størst betydning for ruseffekt og avhengighet. TCH er fettløslig og lagres i blant annet leveren og hjernen i så pass lang tid som opp til 8 uker. En person som er påvirket av cannabis blir ofte enten opprømt eller introvert, og ved bruk over lang tid ser en personlighetsforandringer som gir seg utslag i lavt engasjement, dårlig hukommelse og konsentrasjonsvansker og vansker i forståelse av sammenhenger.

Cannabis lagres lenge i den gravide kvinnen og ettersom THC svært lett passerer morkaken gjelder det samme hos fosteret. THC påvirker hormonelle funksjoner og fører til at det er stor hyppighet av premature fødsler blant cannabisbrukere. Historisk

har man faktisk brukt stoffet for å sette i gang fødsler. Barn til mødre som har brukt cannabis i svangerskapet kan få tilveksthemminger som gir seg utslag både i forhold til vekt, lengde og hodeomkrets. Man tror at dette dels har sammenheng med den påvirkning som THC har på hormonene, men også mengden av karbonmonoksid i blodet som bruk av cannabis gir. Dette fører til dårlig surstofftilførsel så vel til morkake som til foster, og man vet at dette er betydelig høyere enn ved tobakksrøyking.

Man har sett at noen barn får FAS-lignende symptomer ved bruk av cannabis i graviditeten, men det er usikkert om det er cannabis som forårsaker dette, eller om det er kombinasjonen med andre rusmidler som fører til effekten. Det en vet med sikkerhet er at det er fem ganger økt risiko for føtalt alkoholsyndrom hvis en kvinne bruker både alkohol og cannabis i svangerskapet sammenlignet med om hun kun bruker alkohol. Cannabis forsterker altså andre rusmidlers skadelige virkning. Barn av kvinner som har brukt cannabis i svangerskapet kan få problemer med synet, skader på hjertet og de store blodårene, samt misdannelser i hofteleddene.

Man ser abstinenser i form av tremor hos de fleste barn som er blitt eksponert for cannabis i slutten av svangerskapet samt en stigning av MORO-refleksjonen. Man har også sett at barn i førskole og skolealder har konsentrasjons- og innlæringsvansker, vansker med språkforståelse, visuell persepsjon og hukommelse.

Opiater

Opiatene (morfin, heroin, kodein mm) består både av legale medikamenter som benyttes til smertestilling, angstdemping og søvnindusering og illegale midler som heroin. Både opiatene som skrives ut av leger og opiatene som selges på det illegale markedet gir en rask ruspåvirkning som vanligvis fører til sløvheter og velbehag hos den som bruker stoffet. En person som bruker opiatene jevnlig blir raskt avhengig og det er stor toleranseøkning – det vil si at personen som bruker stoffet trenger større og større doser for å oppnå den samme effekten. Abstinensene ved avbrekk er kraftige, men varer kun få dager.

Heroin er et særlig raskt virkende opiat som til å begynne med ble brukt for å bote avhengighet av morfin. Heroin når sentralnervesystemet svært raskt (det vil si at ruseffekten kommer raskt), og det ble derfor foretrukket blant misbrukere. En person som er avhengig av heroin vil trenge hyppig påfyll da stoffet raskt omsettes i kroppen. Avhengigheten er som regel både fysisk og psykisk. En person som bruker heroin eller andre opiatene risikerer overdoser og er som regel utsatt for hyppige abstinensstilstander. Hvis en kvinne som er gravid bruker heroin betyr dette at fosteret



Illustrasjonsfoto: ScandinavianStockPhoto

jevnlign utsettes for surstoffmangel, noe som i sin tur øker risikoen for hjerneskader eller at fosteret helt enkelt ikke overlever. Slike tilstander fører også til sirkulasjonssvikt i morkaken, hvilket kan forårsake spontanabort, morkakeløsning og prematuritet. Det er noe problematisk å si hva som forårsaker hva ettersom kvinner som misbruker heroin vanligvis lever et svært turbulent, hardt og vanskelig liv, noe som også kan påvirke graviditeten.

Barn av kvinner som har brukt heroin i svangerskapet har som regel svært lav Apgar skåre ved fødselen. Barna fødes også ofte med neonatalt abstinenssymptom (NAS), som gir seg uttrykk i pustevansker, tremor, hyperaktive reflekser, nysinger, gulpinger, gjespinger, feber, sugeproblematikk, krampeanfallet, søvnforstyrrelser og fordøyelsesproblemer. Abstinensene kan oppstå alt fra noen timer etter fødselen til så sent som etter to uker når nivået av opiatene er kritisk lavt hos det nyfødte barnet.

Man ser at barn sliter med reguleringsforstyrrelser og sensitivitet ovenfor sanseinntrykk i lang tid etter fødselen hvis de har vært eksponert for heroin i fosterlivet. Det virker også som om heroin har en veksthemmende effekt og at barna får en forsinket mental og psykomotorisk utvikling,

konsentrasjonsvansker og hyperaktivitet og at denne type problematikk vedvarer også når barnet blir eldre.

Legemiddelassistert rehabilitering

Det pågår en meget aktiv og opphetet debatt om hvorvidt det på den ene siden er forsvarlig å bruke legeassistert rehabilitering i svangerskapet med tanke på fosterets helse, på den andre siden om det er forsvarlig å seponere legemidlet med tanke på hvordan den gravide kvinnen vil håndtere svangerskapet uten medisiner. Denne debatt vil ikke gjengies her, men det anbefales å lese artikkelen "Nybrottsarbeider med delte meninger" i rus&avhengighet – nr 2, 2002, hvor det tydeliggjøres at det er forskjellige meninger om bruk av legemiddelassistert behandling i svangerskapet blant profilerte fagfolk og eksperter på feltet. Det som er viktig å merke seg er at de som er involvert i kvinnens rehabilitering og graviditeten må diskutere hva som anbefales i forkant av at man diskuterer situasjonen med kvinnen. Det er svært viktig at fagfolk formidler det samme budskapet til den gravide kvinnen, og at man gir mulighet for ekstra oppfølging av kvinnen i svangerskapet uavhengig av om det blir tatt beslutning om reduksjon eller seponering. Det vil være hensiktsmessig å foreslå innleggelse i egnet rusinstitusjon i siste delen av graviditeten hvis kvinnen opplever at det er utrygt å redusere/seponere medikamentet på egen hånd til tross for at hun ønsker det.

Metadon er et syntetisk opiat som brukes for behandling av opiatavhengighet, men det er kjent at metadon også har blitt brukt som rusmiddel blant noen misbrukere. Metadon fører også til avhengighet og tilvenning, men har lengre halveringstid og kan derfor brukes på en kontrollert måte og tas en gang pr døgn. Fordelen for fosteret, sammenlignet med heroin, er at tilførselen av stoffet er stabilt og at fosteret derfor ikke utsettes for gjentatte abstinensstilstander. Kvinnene som bruker metadon har som regel også en mye bedre og mer stabil livssituasjon, som i seg selv gir fosteret bedre forutsetninger. Barn av kvinner som bruker metadon fødes ofte med NAS. Denne har av noen blitt beskrevet som sterkere enn ved heroin og den dukker opp senere. Det synes som om barna har en økt hyppighet av veksthemminger, men noe mindre enn ved heroinbruk. Man har også sett problemer i forhold til psykomotorisk utvikling, søvnforstyrrelser, oppmerksomhet, koordinering og lette lærevansker.

Bruprenorfin som Subutex brukes i behandling av opiatavhengighet og har en både agonistisk (morfinpåvirkning) og antagonistisk (motgiftvirkning) virkning, noe som gjør at Subutex ikke skal gi en så påtagelig rusopplevelse da opiatreseptorene kun delvis aktiveres av Subutex. Allikevel forekommer misbruk av Subutex, og da særlig i kombinasjon

med andre stoffer. Bruk av Bruprenorfin i slutten av svangerskapet kan lede til abstinenser hos barnet hvor blant annet respirasjonshemminger er den mest alvorlige konsekvensen. Det er gjort svært lite forskning på dette feltet og det er derfor for tiden vanskelig å si noe om langtidsvirkningene. Det pågår et stort forskningsprosjekt ledet av Monica Sarfi og Vibeke Moe ved universitetet i Oslo hvor en blant annet ser på mulige konsekvenser ved bruk av legemiddelassistert rehabilitering i svangerskapet. Det som kan sies uavhengig av denne forskning er at kvinner som bruker Subutex eller Metadon i svangerskapet som regel vil ha behov for ekstra oppfølging og motivering.

Amfetamin

Amfetamin er et sentralstimulerende middel og en person som bruker det beskriver ofte en følelse av kraft, opprøpmhet, våkenhet og selvsikkerhet, men kan fremstå som hemningsløs, uberegnelig og aggressiv. Naturlige behov av søvn og mat forsvinner som regel og en person som bruker amfetamin kan holde seg våken i mange døgn. Brukeren blir som regel uttømt for energi etter en periode og amfetamin misbrukes derfor i perioder. I abstinensperioder blir personen trett, apatisk og overfølsom og bruker ofte andre rusmidler som alkohol og benzodiazepiner for å lette abstinensen.

Gravide kvinner som bruker amfetamin har en økt risiko for spontanaborter, for tidlige fødsler og perinatal dødelighet. Når en gravid kvinne er påvirket av amfetamin blir også fosteret stresset og de gjentatte abstinensene påvirker fosteret. Stoffet fører til økt blodtrykk hos kvinnen som hemmer blodtilførselen til morkaken og navlestrengen og fører til nedsatt tilførsel av surstoff og næring, noe som øker risikoen for lav fødselsvekt. Man har sett ulike misdannelser hos nyfødte av amfetaminmisbrukende mødre som hydrocephalus og misdannelser i tarm.

Det er vanlig med abstinenser hos nyfødte til amfetaminmisbrukende mødre som gir seg utslag enten i form av økt uro eller unormal sløvhet. Man har også observert nevrologiske symptomer som kramper, søvnforstyrrelser, dårlig sugerevne, sitring, hyperaktive reflekser og dårlig tilstandskontroll. Ved 4 års alder viser barn som var amfetamineksponert i svangerskapet signifikant lavere evnenivå på intelligens tester, hyperaktivitet og konsentrasjonsvansker.

Kokain

Kokain er, liksom amfetamin, et sentralstimulerende middel som er oppkvikkende og fører til noen av de samme symptomene som ved amfetamin, men med en raskere virkning.

En gravid kvinne som bruker kokain har en forhøyet risiko for spontanabort, morkakeløsning og prematur fødsel med opp til 20 ganger sammenlignet med

normalpopulasjonen. Barn av kokainbrukende mødre har en forhøyet risiko for tilveksthemminger, særlig når det gjelder hodeomkrets. Man ser at barn av kokainmisbrukende mødre har dårlig blodtilførsel, hyppige blødninger og vevsdød i hjernen. Regulering av respirasjon blir også påvirket. Man ser også at plutselig spebdarnsdød er mange ganger hyppigere enn hos normalbefolkningen i løpet av det første året.

Benzodiazepiner

Beroligende medikamenter, søvnmidler og angstdempende medisiner kan være av stor verdi for mange mennesker når de brukes i anbefalte doser og over begrenset tid, men det er også medikamenter som kan gi en ruseffekt og føre til avhengighet. Det er relativt vanlig at kvinner som ikke nødvendigvis blir sett på som rusmisbrukere bruker benzodiazepiner på en måte som kan være skadelig for dem og for et foster. Benzodiazepiner som Valium, Vival, Stesolid, Sobril og Rivotril kan gi ruseffekt og skape avhengighet til tross for at den benyttes i lave doser og det er særlig risiko hvis medikamentet brukes over tid. Dessuten blir benzodiazepiner hyppig brukt som et komplement til andre rusmidler, enten for å forsterke effekten, eller for å dempe abstinenser. Personer som bruker benzodiazepiner over tid utvikler toleranse for midlet og man ser langvarige og vanskelige abstinenser ved seponering.

I felleskatalogen advares det mot bruk av benzodiazepiner i svangerskapet ettersom de kan medføre skader på fosteret, særlig hvis medisinen blir benyttet over tid. Benzodiazepiner passerer lett morkaken og samles i fettvevet hos fosteret, blant annet i hjernen. Konsentrasjonen er mange ganger høyere enn hos moren og det er svært langsom nedbryting og halveringstid ettersom fosteret har så pass lite effektiv leverfunksjon sammenlignet med en voksen kvinne.

Bruk av benzodiazepiner påvirker cellevekst og celledifferensiering i hjernen, noe som gjør at man kan se skader i sentralnervesystemet når barnet er født. Dyreforsøk indikerer at dette særlig gir seg utslag i dårligere læring hos barnet.

Typiske fysiologiske effekter hos det nyfødte barnet etter bruk av benzodiazepiner i svangerskapet er lavere fødselsvekt og mindre hodeomkrets, leppe/ganespalte, samt misdannelser i urinveier og lunger. Hos noen barn av mødre med svært stort inntak av benzodiazepiner har man observert ansiktstrekk som ligner de en ser ved føtalt alkoholsyndrom.

Hvis en kvinne har brukt benzodiazepiner i siste delen av svangerskapet kan barnet få såkalt "floppy infant syndrome", som gir barnet slapp muskulatur, dårlig sugerevne og lav kroppstemperatur. Barnet kan også få langvarige, kraftige og svært plagsomme

abstinenssymptomer som sitringer, hurtig pust, irritabilitet og langsom vektøkning.

Konsekvensene av benzodiazepiner forsterkes hvis medikamentet kombineres med andre rusmidler, og særlig kombinasjonen med alkohol er alvorlig, men dessverre relativt vanlig.

Sammenfatning

Som en ser, kan bruk av forskjellige typer rusmidler i svangerskapet påvirke fosteret på en mengde uhensiktsmessige måter og det er ALDRI nyttig for fosteret å bli eksponert for rusmidler. Dette gjelder så vel illegale som legale midler, eksponering tidlig eller sent i svangerskapet, og høyt eller lavt nivå av konsum. Det som alle studier viser er at det vil være nyttig å slutte med rusmidlet i alle faser i svangerskapet, noe som betyr at det aldri er for sent for helsepersonell å iverksette tiltak uavhengig av om det dreier seg om en blivende mamma som har et stort rusmiddelproblem eller om hun bare drikker alkohol "litt i ny og ne", men ikke kjenner til konsekvensene av hvilke konsekvenser rusmiddelbruk i svangerskapet kan føre til.

Referanser*

1. Allebeck P, Nyberg K (1993) *Alkohol och Narkotika under Graviditeten. Vilka är riskerna för barnet? Sos-rapport 1993:11. Socialstyrelsen, Stockholm.*
2. Allebeck P, Nyberg K (1998). " *Ett glas eller två kan väl inte vara farligt...*" *Kunnskapsöversikt om alkohol och narkotika under graviditet og effekter på fosteret. Forskning och fakta; 16 CAN, Stockholm*
3. Felleskatalogen
4. Håkansson, U (2005) *Graviditet og alkohol, NTNU*
5. Johansson K, Wibring P (2005) *Riskbruk och Missbruk, Bokforlaget Natur och Kultur, Stockholm*
6. Killèn K, Olofsson M (2003), *Det sårbare barnet, Kommuneforlaget AS, Oslo*
7. Sosial- og helsedepartementet – Rusmiddeldirektoratet, Borgestadklinikken kompetansesenter (2000) *Graviditet, barn og rusmidler*

* Originalreferansene til faktaene mht rusmiddelbruk i svangerskapet finner du i bøkene/ / rapportene i referanselisten.