

Kvinder, børn og afhængighed

Den amerikanske børnelæge Loretta Finnegan, har i en menneskealder arbejdet med stofafhængige gravide kvinder og deres nyfødte børn. I dette interview fortæller hun engageret om sine synspunkter og erfaringer fra et langt livs arbejde med disse mødre og deres babyer.

AF MICHAEL JOURDAN

Hvordan startede det? Hvordan blev du interesseret i mødre og afhængighed?

Min vej ind i det her begyndte i Philadelphia i 1969. Jeg var startet som leder af en intensiv afdeling for nyfødte. Mange forskellige lidelser hos nyfødte kan kræve medicinsk behandling. Mit speciale fra starten var luftvejssygdomme – ikke afhængighed.

Nu og da blev nyfødte bragt ind, som rystede. En professor på Pennsylvanias Universitet, der var en ekspert på området, gjorde mig opmærksom på, at dette symptom kunne hænge sammen med, at moderen var heroinafhængig. Det kunne være en god ide at gå ud til moderen og kigge på hendes arme for at se, om der var nålemærker. Det kunne forklare babyens tilstand.

En dag fik jeg en meget syg baby bragt ind på afdelingen. Jeg begyndte at give behandling, men babyen blev bare ved med at ryste. Så tænkte jeg - 'Ah, jeg skal ud og se moderen'. Jeg gik så ned på barselsgangen for at tale med hende og se hendes arme. Men sygeplejersken sagde: '*Hun er skredet!*'. Jeg fattede ikke en brik. Denne kvinde havde født for bare to timer siden. Hvordan kunne hun være gået? Sygeplejersken forklarede mig lettere overbærende: '*Hun er ude for at få et fix*'.

Den oplysning var chokerende for mig. Jeg var 32 år gammel og havde selv 5 børn. Jeg kunne simpelthen ikke forestille mig, hvordan man kunne forlade hospitalet i en tilstand, hvor man stadig har brug for at komme sig efter fødslen. I det moment gik det op for mig, hvor stærk den afhængiges stofsøgende adfærd er: En kvinde kan gå ud efter stof umiddelbart efter at have født!

Under medicinstudiet lærte de os ikke synderligt meget om stofafhængighed. Jeg var så naiv dengang, så hvad jeg gjorde var at tilkalde alle sygeplejersker på fødselsafdelingen. Jeg bad dem om straks at give mig besked, hvis kvinden kom tilbage, så jeg kunne komme til at tale med hende. Babyen var født før tiden, så jeg skulle have babyen indlagt en tid alligevel.

6 uger senere kom moderen tilbage. Jeg tog moderen ind på mit kontor og sagde til hende: '*Jeg er meget bekymret for din baby, fordi den har været udsat for den heroin, som du har taget, og jeg vil*

gerne råde dig til at lade være med at tage disse stoffer. De er ikke gode for dig'. Det, jeg i virkeligheden sagde, var det velkendte: Tag dig sammen. Hold op. Bare sig nej. Moderen kiggede på mig og sagde: 'Du har ret doktor. Jeg tager ikke den slags mere'. Moderens svar var lige, hvad jeg ønskede at høre.

Jeg tænkte, at jeg havde gjort det rigtig godt og troede oprigtigt, at jeg havde kureret denne kvinde. Men hun kom selvfølgelig ikke tilbage i yderligere 3 uger. Da vi endelig så hende igen, var hun skæv. Efter denne episode begyndte jeg så at læse om afhængighed af stoffer og begyndte at tale med kolleger, som kendte til emnet, både på hospitalet og på det nærliggende universitet, hvor jeg også var tilknyttet.

Metadon fra starten

Hvordan kom du på den tanke at give metadon til gravide?

Dr. Vincent Dole og Dr. Marie Nyswander var i 1963 i New York begyndt at ordinere metadon til opiatafhængige med gode resultater. I årene herefter tog mange denne behandling op i hele verden. Jeg havde hørt, at en psykiater i nærheden af, hvor jeg arbejdede, var gået i gang med metadonbehandling. Sammen med en fødselslæge og en socialarbejder bad vi om et møde med manden for at høre mere om denne behandling.

På det tidspunkt (1970) vidste man meget lidt, og man gav ikke metadon til gravide. Vi fik en lille lektion i, hvordan afhængiges tilstand kunne bedres på en lang række punkter med metadon. På et tidspunkt spurgte jeg så: Tror du, man kunne give metadon til gravide kvinder? Hans svar var: Hvorfor ikke?

Vi startede et samarbejde. Psykiateren leverede metadonen og lavede en psykiatrisk udredning, fødselslægen tog sig af graviditeten, socialarbejderen af de sociale spørgsmål, og jeg var børnelægen. Det var ikke et formaliseret samarbejde, men det var sådan, vi begyndte at tage os af mødrene. Langsomt blev vi bedre til at identificere dem, hvis de kom ind på hospitalet af andre grunde, med henblik på at få dem til at komme tilbage, hvis de blev gravide.

Vi begyndte at indsamle data. Vi sammenlignede mødre, der fik metadon, med mødre, der kom ind lige fra gaden (og fødte, mens de var på heroin). Det stod meget klart fra vores første lille undersøgelse (der var kun 25 patienter i hver gruppe), at hyppigheden af for tidlig fødsel var 48 % hos de, der kom lige fra gaden, mens de, der fik metadon, kun fødte for tidligt i 18 % af tilfældene. Det var en meget markant forskel til det bedre!

Centret

Hvordan nåede I frem til, at der skulle noget mere omfattende end medicinsk behandling til for at hjælpe disse kvinder?

Selv om de første data klart viste, at vi med medikamentel behandling kunne forbedre udfaldet, stod det os hurtigt klart, at der skulle mere til. Vi oplevede gang på gang, at en mor, som fik metadon alligevel tog stoffer under sin graviditet og ikke gjorde, hvad vi anbefalede kvinder at gøre – holde sig fra alkohol, ikke ryge, sørge for god ernæring og alt det, som er befordrende for en sund graviditet. Det blev os klart, at der hos disse kvinder ud over stofafhængigheden oftest var mange psykosociale problemstillinger, som krævede opmærksomhed. Der var brug for et center.

Vi besluttede at søge om statslige og føderale midler til at yde en mere omfattende omsorg og behandling med henblik på at sikre bedre forløb for mor og barn. I løbet af relativt kort tid fik vi trods vores manglende erfaring med at søge fondsmidler tilsagn fra to instanser. Vi fik heldigvis lov at beholde begge bevillinger, for det viste sig, at vi havde lagt alt for lave budgetter. Den dobbelte bevilling gjorde, at vi kunne gøre, hvad vi havde sat os for.

Navnet på det nye center drøftede vi en del. Jeg foreslog Center for Gravide Afhængige Kvinder. Socialarbejderen sagde, at det skulle vi absolut ikke kalde det, for navnet skulle ikke være afskrækkende på nogen måde. Hun sagde: *'Hør nu, vi arbejder med en familie'*. Og jeg gav hende ret – vi arbejdede med en moder og et barn og nogle gange en fader, som var deltagende og interesseret, andre gange en bedstemor, så vi havde en familieenhed. Så vi besluttede, at navnet skulle være: Familie Centret.

Not In My Back Yard (NIMBY)

Var det velset at oprette et særligt tilbud til gravide stofafhængige kvinder?

Det kan man ikke ligefrem sige. Mit speciale gik fra at være nyfødtes luftvejssygdomme, som var et ret populært emne, til et emne, som ikke var særlig populært i min professors og mine kollegers øjne. Deres indstilling var: Hvorfor i al verden vil du arbejde med disse kvinder? Og mit svar var: Fordi de har brug for hjælp! De har brug for medfølelse, og hvis vi vil hjælpe babyerne, så må vi hjælpe mødrene. Vi kan ikke først begynde ved fødslen. Vi skal begynde inden fødslen for at hjælpe babyerne. Det var sådan, jeg blev involveret, og jeg var opsat på at opsøge mere og mere viden for at hjælpe dem mere. Men kollegialt var det op ad bakke.

Vi stødte på NIMBY problemet. Ingen ville have vores klinik eller mit kontor tæt på deres kontor. De skrev breve til hospitalsadministrationen, hvor de fortalte, hvor forfærdelige mine patienter var - de stod og hang på gangen og brugte bandeord. Vi blev mødt med afvisning fra andre læger på hospitalet, som ikke brød sig om, at deres patienter skulle forbi vores patienter.

Da vi prøvede at finde et sted til vores døgnpatienter, gentog historien sig. Ingen ville have os. Den måde, vi til sidst fik et sted at være på var unik. En præst, som er en ven af familien, besøgte os jævnligt. En dag sagde jeg til ham: *'Jeg har store problemer. Jeg har fået bevilget en masse penge fra den føderale regering til at oprette et døgnafsnit for gravide afhængige mødre, men jeg kan ikke finde et sted, hvor vi kan være. Enten må du bede en masse bønner for mig, eller også må du komme på et eller andet.'* Han spurgte mig, om et tidligere kloster mon ville egne sig til formålet, for han

kendte et sted, der stod tomt. Et kloster har værelser til nonnerne, rum, hvor man kan samles, og en stor spisesal, så det kunne vel godt bruges, tænkte jeg. Sådan gik det til, at Familie Centeret flyttede ind på et tidligere kloster!

Kvinderne

Hvorfor holder disse kvinder ikke bare op med at tage stoffer, når de bliver gravide?

Bare det var så enkelt. Sagen er, at mange af disse stofafhængige kvinder har en række problemstillinger med i bagagen. De kommer oftest fra dysfunktionelle familier. Mange er blevet mishandlet som børn, mange er blevet seksuelt misbrugt. Nu kan hjemløshed, prostitution, stofhandel være deres dagligdag. Mange har en kaotisk livsstil, lav frustrations-tolerance og manglende evne til at udsætte umiddelbar behovstilfredsstillelse (gratifikation). Nogle af dem døjer med psykiatriske sygdomme, så de har på en måde allerede taget skade, og stofferne hjælper dem med at klare sig.

Stofferne er en måde at håndtere smerten i livet på. Samtidig ved kvinderne godt, at de stoffer, som hjælper dem til at klare tilværelsen, potentielt kan skade deres ufødte foster, men det er ikke sådan, at de har til hensigt at skade deres foster. Det tænker de aldrig – faktisk er en af grundene til, at de kommer til os, at de kærer sig om deres foster. De vil have barnet, men de er også stofafhængige.

Når jeg har siddet med en kvinde med en meget hårdere skæbne end min egen, har jeg nogle gange spurgt mig selv: Kunne jeg have overlevet? Kunne jeg have klaret al den modgang, de svigt, det misbrug og de krænkelse – hvis det var sket for mig? Jeg voksede op i en ren utopi sammenlignet med disse kvinders opvækst – trygge forhold og omsorgsfulde forældre. Jeg blev elsket af begge mine forældre. Jeg var tilmed enebarn og fik mere, end jeg eller ville have fået. Jeg havde det godt i skolen og klarede mig fint. Jeg havde venner og gik til sport. Fik ros og blev værdsat.

Disse kvinder roses og værdsættes ikke af nogen. De er ikke blevet elsket. De er blevet misbrugt. Hvordan har de overlevet? Hvis det havde været min skæbne, havde jeg så overlevet? Jeg ved det oprigtig talt ikke. At tage stoffer for at dulme disse triste minder og lindre dem for det pres, de har været udsat for – det kan man måske ikke fortænke dem i. Det har været deres bedste mulighed for at overleve den lidelse, som har været i deres liv.

Den terapeutiske relation

Hvordan opbygger man åbenhed og tillid i behandlingen?

Man prøver at etablere en ordentlig kontakt med kvinden - din første opgave som behandler er at få hende til at forstå, at hun er vigtig for dig, og at du er der for at hjælpe hende med at lykkes. Hun skal se og mærke, at vi støtter hende. Grundlæggende udvikler man en indbyrdes forståelse. Det tager tid, og man skal gå varsomt frem.

Du vil gerne have dem til at tale. Lad dem fortælle. Når man første gang møder en patient, er det ikke den rette tid at fyre spørgsmål af som: *'Hvor mange stoffer tager du? Er du nogensinde blevet*

voldtaget’? Glem det. Mange af dem er blevet voldtaget, men det er ikke det rette øjeblik at gå ind i den slags... Det har vi lært på den hårde måde – ved at prøve og ved at fejle.

Vi havde for eksempel udviklet et ’volds-spørgeskema’, fordi vi havde talrige vidnesbyrd om, at mange af kvinderne havde oplevet voldelige episoder, hvor de var blevet voldtaget, misbrugt og tævet. Jeg kan fortælle, at hvis man prøver at stille den slags spørgsmål, som er meget intime, meget oprivende og belastende, inden for de første to uger, efter at man har mødt kvinden – lige bortset fra hvis kvinden selv frivilligt kommer ind på emnet – så mister man for altid muligheden for at opbygge god kontakt med kvinden. Det er først, når der er opbygget et tillidsforhold, og kvinden føler, at hun kan stole på dig, at man kan komme ind på den slags.

Man prøver så at få formidlet, at der nok skal tales om nogle af disse voldelige situationer. Hun kan have brug for psykologisk behandling. Hvis man ikke tilbyder behandling i forhold til de stærke følelser, de har i forbindelse med at være misbrugt, så er de tvunget til at tage stoffer for at lægge låg på - alene for at glemme. Så det skal have en chance for at komme frem i det åbne. Ofte føler kvinder – hvis de er blevet voldtaget og misbrugt – at det er deres egen skyld, at de ikke er bedre værd, så man skal om muligt aflaste dem for den form for selvbeprejelser.

Abort

Er I neutrale i abortspørgsmålet, eller forsøger I at overtale til abort?

Vi tilbyder abort, men det er meget sjældent, at de ønsker abort. De vil have barnet. Vi forsøger ikke at overtale eller presse til abort. Det er deres valg, og det skal vi respektere. Socialarbejderne er oftest dem, der taler med mødrene. De får mulighederne: Vil du have barnet, vil du tage dig af barnet, vil du bortadoptere barnet – hvad vil du? Det er moderens valg.

Stoffrihed

Hvilken rolle spiller afholdenhed som behandlingsmål?

Afvænnning er et kontroversielt og svært spørgsmål. Ideelt set ville god ernæring og stoffrihed – herunder nul cigaretter og ingen alkohol – være det bedste. Men i virkeligheden er det ikke så enkelt. Generelt er der ikke indikation for - eller foreligger en anbefaling af - afvænnning i medicinsk regi. Det skyldes blandt andet, at resultatet heraf ofte vil være tilbagefald og de hermed forbundne u hensigtsmæssige konsekvenser for såvel mor som baby. Dertil kommer, at det er veldokumenteret, at selv under optimale forhold kan afvænnning resultere i øget hyppighed af fosterdødsfald i livmoderen. Så der er absolut grunde til at udvise varsomhed.

Der er tale om svære afvejninger, hvor man må se på, hvad der i det enkelte tilfælde vejer tungest. Man må tage i betragtning, hvem man har at gøre med. Hvis nu det drejer sig om en ung kvinde, der har taget heroin i et år, er jeg slet ikke i tvivl om, at jeg ville forsøge at efterstræbe afholdenhed hos den kvinde. Hvorfor? Fordi hun kun har været involveret med stoffer i så kort tid – måske var der en bestemt krise, som bevægede hende i retning af stofferne. Krisen er måske i virkeligheden overstået, eller hjælp er mulig, så med hende er der nok en realistisk chance for, at hun kan komme ud af stofferne, og det vil alt i alt nok være det bedste.

Men hvis jeg står over for en 35-årig, som begyndte med stoffer, da hun var 15 år gammel, og nu har taget stoffer i 20 år, så er jeg meget naiv, hvis jeg tror, at jeg kan komme til at se hende afholdende i den nærmeste fremtid. Og det er helt udelukket, at det skulle ske under graviditeten. Glem det!

Står man med et menneske, der har været involveret med stoffer meget længe, og som har mange problemer, hvad angår relationer i det hele taget, med familien, med fyren der leverer stofferne, og som måske har boligen, skaffer maden eller pengene, så er situationen en ganske anden. Mændene vil kun acceptere dem, hvis de bliver ved med at tage stoffer sammen med dem. Mændene har måske det, kvinderne har brug for, så for at overleve holder de forbindelsen til denne mand. Jeg har bestemt rådet kvinder til at bryde med disse mænd og komme væk fra dem, men det er en kamp.

Realistisk set har kun få kvinder motivationen og den psykosociale støtte til at nå og opretholde fuldstændig afholdenhed. I visse tilfælde kan særlige forhold tale for stoffrihed, og i så fald skal beslutningen tages af fødselslægen, kvinden og hendes behandler i fællesskab. Den ideelle kvinde, som kandiderer til at blive afvænnede, er en, som overholder alle fødselsforberedelses- og behandlingsmæssige aftaler, og som afleverer rene urinprøver, der viser, at hun kun tager den metadon, som ordineres. Hvis kvinden på noget tidspunkt ikke lever op til disse krav, så skal man ikke reducere dosen yderligere. I givet fald skal patienterne have lov til at afbryde nedtrapningen på ethvert tidspunkt og af en hvilken som helst grund uden at føle sig skyldige i den forbindelse. Husk i den forbindelse, at nedsat dosis kan være forløber for et tilbagefald, og at metadon er langt at foretrække frem for illegale gadestoffer, så der er indikation for at give en passende dosis.

Jeg har også haft patienter, der har sagt: Jeg vil ikke have metadon. Hvis jeg får metadon, så skal det være med indbygget nedtrapning. Så arbejder man med patienten og tager individuelle hensyn. Jeg har også haft patienter, der har klaret det. Men jeg har haft langt flere, der har sagt stop - jeg kan ikke gå længere ned end det her. De forbliver på metadon, for de har det alt for ubehageligt uden.

Så der er ingen regler, som gælder alle. Forholdene varierer. Situationerne er individuelle, og det er sådan, man må håndtere det. Man skal individualisere alle disse situationer og dilemmaer.

Modenhed

Kræver den slags svære afvejninger ikke betydelig erfaring hos behandlerne?

Det er min erfaring, at en vis modenhed og forståelse for, hvad disse kvinder har gennemlevet og har med i bagagen, er påkrævet. Nye behandlere er ofte fyr og flamme. De kommer direkte fra deres uddannelse og vil bare hjælpe disse kvinder. Efter 6 mdr. må uerfarne behandlere tit stoppe, fordi de ser så meget slå fejl, og de kan ikke forstå det. Nogle gange tager man to kæmpe skridt frem og falder tre kæmpe skridt tilbage. Sådan er det, hvilket godt kan tage pippet fra en.

Realistiske forventninger

Hvad kan man egentligt forvente? Hvad kan I som behandlere facilitere?

Det gælder om at have realistiske forventninger. Hvad vil det sige for disse kvinder? Sagt kort er realistiske forventninger *reduceret* brug af illegale stoffer og reduceret kriminel aktivitet - reduceret i forhold til, hvad der ellers ville være tilfældet. Man forsøger at befordre stabilisering i form af en mere stabil livssituation og en mere stabil stofsituation.

En realistisk forventning er, at man formår at involvere kvinderne i behandlingen *i en tilstrækkelig tidsperiode* til, at de kan profitere af tilbuddene. Man må forsøge at imødekomme behandlingsbehovet i løbet af så få sessioner som muligt, men jævnlige revurdere behandlingsbehovet, da adskillige behandlingsperioder kan være påkrævet.

Højere behandlingstilknytning og bedre fødselsforberedelse, end hvad der ellers har været tilfældet, kan være befordrende for positive udfald såsom: Sundere graviditeter, bedre ernæring, lavere dødelighed blandt mødre, mindskelse af HIV-risiko, mindsket spædbarnsdødelighed og – sygelighed. Bedre fødselsvægt. Styr på NAS (neonatal abstinens-syndrom). Bedre selvopfattelse. Mindre depression. Forbedringer i mor-barn samspelet. Forbedringer i bosituationen. Dette er eksempler på realistiske forventninger.

Vi laver en kontrakt med kvinden, hvor kvinden underskriver en tilladelse til at blive behandlet: Vi vil gerne gøre det og det, og vi vil gerne have, at du gør det og det. Tror du, at du kan gøre det? Og selvfølgelig siger de altid ja. Og så kommer hun ind næste gang – gerne et par dage efter. Selv om kvinderne bruger stoffer under en graviditet, ser de også oftest graviditeten som en mulighed for at få rettet op på dette eller hint. Man taler om *'a window of opportunity'* – et vindue af muligheder, som står åbent i forbindelse med graviditeten.

Metadon - fordele og ulemper

Kan du opsummere, hvad der gør, at du anbefaler metadonunderstøttet behandling til opiatafhængige gravide?

Al rationel medicinering har potentiel nytte og potentiel skade. Der er altid tale om en afvejning. Er fordelene større end ulemperne? Har vi omhyggeligt foretaget afvejningen mellem udbyttet af behandlingen og risici ved behandlingen, som vi gør ved alle andre behandlinger?

Samfundsmæssige, moralske holdninger har stigmatiseret og dehumaniseret kvinder, der bruger stoffer under graviditeten, og skabt barrierer i.f.t. at skaffe optimal medicinsk og psykologisk behandling. Ideologi må ikke være grunden til, at vi beslutter hverken dette eller hint. Vi må se på data, og se om en behandling er fordelagtig.

Modstridende meninger i faglitteraturen om metadon medvirker til at skabe forvirring. Mange undersøgelser har været metodisk svage, blandt andet fordi de ikke har været randomiserede og kontrollerede eller justeret for andre risikofaktorer, såsom rygning. Hvis man ser på data fra metodisk holdbare, evidensbaserede undersøgelser af medicinassisteret behandling af stofafhængige gravide kvinder, viser disse mange fordele sammenlignet med generne. Skal vi tage metadon til

gravide kvinder til os, eller skal vi være varsomme med dette? Er der indikation for at ordinere metadon til gravide opiatafhængige kvinder? Mit svar er ja.

Er metadon sikkert for den ufødte baby og den nyfødte? Mit svar er igen ja, med den tilføjelse, at der er en væsentlig gene i form af en betydelig risiko for NAS. Denne risiko skal dog sammenholdes med, at NAS er behandlelig og ikke dødelig, og at års erfaring har vist, at der ikke sker blivende skader på barnet alene qua udsættelsen for metadon under svangerskabet.

Heroverfor står, at metadonvedligeholdelse kan være vital for gravide opiatafhængige kvinders helbred. Metadonvedligeholdelse kan – kombineret med passende medicinsk behandling – reducere hyppigheden af komplikationer hos såvel moderen som fosteret. Metadonvedligeholdelse stabiliserer stofniveauet hos moderen, så det ikke svinger voldsomt i løbet af døgnet. Dette giver et mere stabilt miljø for fosteret inde i livmoderen. Stabiliseringen medfører færre fødsler før tiden, reducerer sænkningen af vækst under graviditeten og reducerer hyppigheden af alvorlig sygdom og død blandt nyfødte. Hertil kommer, at dækningen af stofbehovet hos den opiatafhængige eliminerer/mindsker nødvendigheden af illegal adfærd og muliggør mindre færden i stofmiljøet og mindre prostitution. Stabiliserede mødre på metadon har større sandsynlighed for at beholde deres børn hos sig. Man har bedre behandlingskontakt, og staben kan føre tilsyn med børnenes trivsel, hvortil kommer bedre mulighed for undervisning i forældreskab m.m. Endelig skal man være opmærksom på, at alternativet til at ordinere metadon kan være, at moderen injicerer heroin eller misbruger en række andre stoffer.

Så konklusionen er, at omfattende psykosociale og medicinske behandlingstilbud er uomgængelige med henblik på at mindske sygeligheden og dødelighed for mor og barn, og at metadon spiller en central rolle heri.

Dosis

Skal dosis være så lav som mulig?

I 70'erne var der undersøgelser som viste at det var anbefalelsesværdigt at sænke metadondosis. Det var god latin, at ved under 20 mg så man ingen abstinenser hos de nyfødte. Det gav basis for vilkårligt fastsatte standardiserede lavdosis-politikker. Men jeg betragtede mødre, som fik 20 mg, og mødre, som fik 80 mg, og jeg havde babyer, der kun havde været udsat for 20 mg, som havde slemme abstinenser, mens der var de på 80 mg, som slet ikke havde abstinenser, og jeg måtte konkludere ud fra kliniske observationer, at de gamle retningslinier ikke gav mening.

Så begyndte der at komme nyere og bedre undersøgelser, og det blev klart, at der ikke var nogen magisk dosisgrænse, som man kunne holde sig inden for og dermed undgå abstinenser hos babyen. Dels er der tale om en fysiologisk reaktion hos babyen på medikamentet, som kan give ingen, svage eller kraftige abstinenser. Reaktionen afgøres ikke af dosis, men kan variere betragteligt fra individ til individ. Dels skal man huske, at det med abstinenser kun udgør risikosiden. Hvis man har for øje alle de andre gode ting, som sker for mor og baby i kraft af metadonordination, hvorfor er vi mon så bekymret over det her med neonatal abstinens, som jo kan behandles?

Nu har man så undersøgt sagen yderligere. En ny undersøgelse viser, at der ingen forskel er i abstinenser hos babyer af mødre, som fik under 80 mg, og de som fik over 80 mg. Så hvorfor er vi så besatte af dosis? Det burde vi ganske enkelt ikke være. Vi burde levere det niveau af medicin, som kan hjælpe den pågældende mor. Præcis som vi ville gøre med insulin. Vi siger ikke, du kan kun få en vis dosis insulin. Vi tilpasser gradvis insulindosis (*titrerer*), til vi imødekommer, hvad den sukkersyge har brug for. Hvorfor gør vi ikke tilsvarende med metadon? Det ville være fornuftigt, synes jeg.

Vilkårligt fastsatte lavdosis-politikker for såvel gravide som ikke gravide patienter kan ofte forbindes med øget stofindtagelse og lavere behandlingsdeltagelse. Derfor går man mere og mere over til individuelt tilpassede metadondoser, som reguleres ind på en sådan måde, at stofrangen reduceres, og der hverken forekommer subjektive eller objektive abstinenssymptomer. Der kan være brug for højere doser i løbet af graviditeten for at holde samme plasmakoncentration.

Neonatalt Abstinens Syndrom (NAS)

At en nyfødt baby har abstinenser forekommer rimelig grufuldt. Hvad er dit perspektiv på NAS?

Det er et ladet emne – ladet med moraliseren over for moderen, ladet med sympati og empati over for det stakkels lille væsen og i hvert fald tidligere ladet med en betydelig uvidenhed om, hvad den optimale behandling består i, og en utilstrækkelig systematisk forståelse af, hvordan det er fat med den enkelte baby.

Da jeg startede, var det svært at bestemme karakteren og omfanget af abstinenser hos babyer. For voksne havde man et scoringssystem – The Himmelsbach Score – men jeg kiggede på det og måtte konkludere, at man ikke kunne bruge det her på babyer. Der var alt for mange subjektive faktorer. Man kan ikke sige til en baby: Har du kuldegysninger? Har du kvalme? Der var brug for et scoringssystem for nyfødte babyer, og det satte vi os for at udvikle. Ud fra vores forskning blev vi i stand til at udvikle et scoringssystem, som muliggør, at man kan bedømme babyernes tilstand meget mere præcist.

Det scoringssystem, vi udviklede, blev meget populært. Folk begyndte at spørge, om de måtte bruge det andre steder. I dag er det oversat til rigtig mange sprog – det er den score, som bruges mest, selv om der i mellemtiden er udviklet andre. Jeg har dog altid gerne villet koge scoringen ned til blot nogle få *items*, men på den anden side er det godt at få hele billedet med og se på alle symptomerne, for nogle babyer scorer ikke ret højt, fordi de kun har lavtscorende symptomer, og alligevel kan disse babyer have det svært, fordi de scorer på mave-tarm området. De ryster ikke så meget, men de har svært ved at tage føde til sig. Det kan være meget alvorligt, hvis en baby ikke tager føde til sig, for så tager den ikke på i vægt. Så behandling kan være påkrævet - også ved lave scorer.

Ophør med brug af et **hvilket som helst** psykoaktivt stof har potentialet til at bevirke abstinenssymptomer. NAS går ud over vitale funktioner i den nyfødtes tilstand, såsom vækst, søvn, ernæring og udskillelse. Med til symptombilledet hører irritabilitet, gråd, rysten, sved, nysen, gaben,

ophedning, slim, tilstoppede næsebor, diarre, overdreven sutten. Symptomerne ligner til forveksling andre alvorlige neonatale tilstande. Udiagnosticeret/ubehandlet NAS kan være dødelig.

Metadon indebærer også risiko for NAS, idet 60-80 % af babyerne - født af mødre, som får metadon - får abstinenssymptomer - heraf vil 60 % have behov for behandling. Men andre livsstilsfaktorer har også betydning i denne forbindelse. Man skal være opmærksom på, at mange kvinder på metadon også ryger tobak og drikker alkohol. De udsving, man finder vedrørende metadon, er meget små sammenlignet med de udsving, man kan forvente som udslag af andre livsstilsfaktorer. Stress hos den gravide er en kendt årsag til lav fødselsvægt og tidlig fødsel. Også socioøkonomisk dårlige kår, voldelig kriminalitet og forhøjet forureningsniveau i omgivelserne er blevet forbundet med for tidlig fødsel og lav fødselsvægt...

Hvad viser data? Vores – og andres undersøgelser – har kunnet *dementere* to udbredte antagelse: 1) At babyer født af metadonvedligeholdte kvinder har lavere fødselsvægt, mindre hoveder og fødes oftere for tidligt. 2) At størrelsen af metadondosis er bestemmende for hyppigheden og alvorligheden af NAS. Undersøgelser viser, at alvorligheden af NAS ikke korrelerer med moderens metadonindtag i den sidste del af graviditeten. Alvorligheden af NAS påvirkes ikke af dosis, af hvornår moderen påbegynder metadonbehandlingen, af varigheden og omfanget af metadon eller af moderens brug af stoffer før graviditeten. Ej heller hyppigheden af NAS synes dosisafhængig.

Der er tilsyneladende ingen sammenhæng mellem dosis og hyppigheden eller alvorligheden af kramper forbundet med abstinens. Svære abstinenser skyldes lige så meget den enkelte babys fysik, som det formodentlig skyldes en masse andre faktorer, som vi sikkert ikke engang kender til, så jeg prøver at understrege, at alle mediciner indebærer risici. Men vi afvejer altid. Balancen mellem fordele og ulemper er vigtig. Hvis der er flere fordele end ulemper, så vil vi gerne bruge medicinen. I tilfældet metadon – og måske også med tiden buprenorfin, hvilket dog ikke er undersøgt til bunds endnu – så er fakta, at 60 % af babyerne vil udvise behandlingskrævende abstinenser. Men sammenhold det med, at denne baby ikke er født før tiden og i øvrigt har et godt helbred, men dog nogle abstinenser, versus en baby som fødes før tiden eller en underudviklet baby. Hvis babyen fødes af en heroinafhængig mor, så har babyen ikke kun potentiale for sygdomme som nyfødt, men også en overrisiko for at dø. Ved at moderen får metadon, får babyen en bedre, stærkere organisme, og man har bedre chance for at holde mor og baby sammen, hvorimod den heroinafhængige ikke vil være i stand til at passe selv en *fullterm* baby- for slet ikke at tale om en *preterm* baby med særlige plejebehov.

Heldigvis er behandlingen af NAS mere ligetil end de fleste andre neonatale tilstande. Der findes en adækvat behandling baseret på præcis bestemmelse og diagnostik der igen baserer sig på moderens brugshistorie, urinprøver, NAS scoring samt sidst, men ikke mindst en klinisk bedømmelse. På baggrund af forskning har vi kunnet fremkomme med anbefalinger for medicinsk behandling. En af vores første undersøgelser viste, at den bedste medicin for babyerne født af opiatafhængige mødre var milde opiumsdråber, hvilket egentligt er naturligt nok, fordi de gennemgik opiumabstinenser.

Amning

Hvad er din anbefaling, når det drejer sig om mødre på metadon, som gerne vil amme?

Metadon kan kun påvises i modermælken i meget små mængder. Sammenlignet med niveauet i moderens blod er det normalt kun en mindre brøkdel, som går over i modermælken. På grundlag heraf kan man konkludere, at det er muligt og sikkert for moderen at amme, selvom hun får metadon, når nogle betingelser er opfyldt: Moderen skal være stabil, følge sin medicinunderstøttede behandling og møde op til efterfødselsopfølgning og rådgivning. Moderen skal ikke sideløbende med metadonen bruge illegale stoffer og andre potentielt skadelige, psykoaktive stoffer såsom benzodiazepiner. Og endelig skal moderen være HIV-negativ og ikke lide af andre alvorlige infektionssygdomme.

Smertebehandling

Hvordan skal man håndtere smertelindring under fødslen, hvis en gravid i forvejen får metadon?

Faktisk var jeg til en konference i oktober, som udelukkende angik smertebehandling, og et af undertemaerne handlede om smertebehandling af afhængige mennesker. Der er mange eksperter nu, som har udført talrige undersøgelser af, hvordan man behandler smerter hos afhængige patienter.

Førhen ville mange fødselslæger sige: Ahh, de er på metadon, så vi behøver ikke give dem mere. Men det er ikke sandt. De har brug for hjælp for deres smerter. Metadonen er kun nok til at tage sig af deres afhængighed, så de undgår abstinenser, men det er ikke nok til at tage sig af deres smerter.

Alle er bange for at overdosere dem, men det skal man ikke være, hvis man tilpasser dosis ordentligt. Man titrerer dosen, man giver dem ikke en megabasker af en dosis på én gang, man giver dem lidt, og så går man gradvis op på grundlag af deres subjektive fornemmelse af, om de er smertedækket ordentligt eller ej. Man kan jo se, når folk har alvorlige smerter på trods af, hvad de allerede har fået – de spiller ikke skuespil!

Ufrivillighed

Hvordan ser du på ufrivillig behandling?

Der har været en række undersøgelser, som har kigget på brugen af behandling som et alternativ til fængsel. De har vist, at behandling i stedet for fængsel kan være en virksom foranstaltning, så det bruges i USA. Hvordan har jeg det så med tvang i forhold til gravide kvinder? I forbindelse med butikstyveri og checkfalskneri ser jeg dem i hvert fald hellere komme i behandling end i fængsel. At komme i fængsel og være gravid er ikke nogen sund situation. Hvorfor begår de disse forbrydelser? Fordi de er på heroin, og de er ude på gaden. Kommer de i behandling, behøver de ikke at begå denne kriminalitet, for så får de metadon gratis, de får medicinsk behandling. Så alt i alt er behandlingsopholdet at foretrække. God, human behandling giver større sandsynlighed for at moderen kan beholde barnet.

Jeg ser ikke den store forskel mellem at få dem i ambulans behandling eller i døgnbehandling, så længe det er en medfølelse behandling. I nogle situationer er der brug for, hvad jeg kalder intensiv

behandling. Specielt hvis de falder tilbage på grund af en krise af en eller anden art. Vi har et antal omfattende behandlingsprogrammer i USA – og en del af Familie Centret er et døgnafsnit, hvor kvinder kan indlægges med deres børn under deres graviditet – og blive der efterfølgende, indtil de er i stand til at fungere udelukkende med ambulante hjælp. Problemet her er, at vi kun har kapacitet til et lille antal kvinder. Døgnbemanding og 24 timers tilgængelig behandling er dyrt.

Cost/benefit

Kan disse omfattende behandlingstilbud egentlig svare sig?

Administratører lytter, når man taler om omkostninger. Hvis man får en mor ind så tidligt i graviditeten som muligt og enten behandler eller eliminerer muligheden for alvorlig sygdom hos moderen og dermed forebygger for tidlig fødsel og alvorlige sygdomme hos baby, har man formindsket omkostningerne betragteligt i form af færre og kortere hospitalsindlæggelser og mindre medicinudgifter. Men ud over de direkte økonomiske udgifter er der også helbredsmæssige omkostninger på langt sigt i form af en syg mor eller et sygt barn. Det forstår administratører.

Det tæller også, at metadon er ret billig. Selv om de tilknyttede ydelser kan koste mere, så skal det stadig sammenholdes med, at man måske har afværget føtalt alkoholsyndrom, hvor man har årtiers store udgifter – eller en for tidligt født med spastisk lammelse, hvor man igen kan se frem til årtiers udgifter. Bare det i sig selv er vigtigt.

Men vi skal også tænke på menneskelige omkostninger – mor og barn. Det er ødelæggende for kvinder, når børnene tages fra dem. Hvortil kommer, at hverken USA eller Danmark har råd til at sætte alle disse babyer i pleje. Det er meget dyrt. Jeg ville ønske, at man fik kigget på de her ting med hjælp fra økonomer – hvad det i det lange løb koster at gøre noget frem for ikke at gøre noget. Jeg er overbevist om, at hvis man sammenligner, hvad det koster at tilbyde mødre 'intensiv behandling' versus heroinbrug på gaden, og hvad det gør ved kvinden og barnet og de omkostninger, som kommer i kølvandet herpå i det lange løb, både de økonomiske omkostninger og de menneskelige omkostninger, så vil det klart fremgå, at det er bedre at have døgnbehandlingen og gøre noget for disse mødre og deres børn.

At gøre en forskel

Hvad har gjort mest indtryk på dig?

Hvis man ser, hvad der sker for kvinder, der *ikke* kommer i behandling, og hvordan det går med deres babyer, så er der ikke meget, man kan gøre. Særligt hvis babyen fødes med skader af forskellig art. Det er, hvad der springer mest i øjnene. Og det gør ondt på en børnelæge. Efter at jeg var kommet ud over min første overmodige naivitet, så jeg behandling som ret udsigtsløs og håbløs. Jeg troede, at med alt det, disse kvinder længe havde affundet sig med, og med alt det, de havde gjort ved sig selv, og med alle de problemstillinger, som disse mødre havde inde på livet af medicinsk og psykosocial karakter, så var der ikke meget, vi kunne gøre for dem.

Så kom dagen – et lykkeligt øjeblik på klinikken: Vi havde en mor, som, da hun startede hos os, havde mange, store problemer, og som selv var i en meget dårlig tilstand. Men som ved fødslen var

i god sundhedstilstand, gik tiden ud og fødte en helt igennem sund baby. Klinikken var på den anden ende, for babyen havde det bare så godt. Sidenhen kom sriben af mødre, som ville prale over for mig, fordi jeg ledte klinikken. De ville have anerkendelse fra mig. De tog babyen med ind på mit kontor. Jeg lavede ellers mest forskning og den slags, og egentlig var det andre læger, der tog sig af de fysiske undersøgelser, men de ville have, at jeg skulle se dem med deres babyer, for jeg havde talt med dem i klinikken om neonatale abstinenser, og nu var det altså bare gået rigtig godt. Bag hvert tal er der menneskeskæbner. Disse personlige møder med stolte mødre har gjort et stort indtryk. Det har givet mig syn for sagen – at det, vi gjorde, kunne have en betydelig virkning. Vi gjorde - og gør - en forskel.

Loretta Finnegan blev den 17-4-2009 interviewet af Michael Jourdan og Birgitte Jensen i forbindelse med en gæsteforelæsning på Rigshospitalet som led i åbningen af Videnscenter for Forebyggelse af Rusmiddelskader hos Børn.

En tak skal rettes til overlæge May Olofsson for hjælp til at tilrettelægge interviewet.

Loretta Finnegan

Den amerikanske professor i pædiatri og psykiatri, Loretta Finnegan, er anerkendt som verdens førende faglige kapacitet inden for feltet: rusmidler og spædbørns udvikling, afhængighed, kvinders sundhed og graviditet.

Finnegan grundlagde for knap fyrré år siden det banebrydende Family Center ved Thomas Jefferson University Hospital i Philadelphia og ledede det gennem 20 år. Her udviklede hun the Finnegan Neonatal Abstinence Score – et diagnostisk instrument der bruges verden over i forbindelse med behandlingen af nyfødte med abstinenser. Gennem sin omfattende forskning har hun blandt andet påvist: At opiumsdråber er andre midler overlegent i forbindelse med opiatbetingede abstinenser hos nyfødte og at man kan nedsætte dødelighed og sygelighed blandt spædbørn ved stabilisering af mødrene med brug af substitutionsbehandling. Sammen med sine kolleger har hun udviklet tværfaglige interventionsprogrammer, som udgør de internationalt anbefalede evidensbaserede guidelines for behandling af gravide rusmiddelafhængige og deres nyfødte børn. Family Center danner model for Familieambulatoriet ved Hvidovre Hospital og Rigshospitalet.

Efter især at have arbejdet lokalt var der bud efter Loretta Finnegan på nationalt plan. Hun har de efterfølgende 20 år arbejdet for den føderale regering og haft ledende stillinger i the National Institute on Drug Abuse (NIDA) og the National Institute of Health (NIH), hvor hun bl.a. stod i spidsen for the Womens Health Initiative – et forskningsprogram med deltagelse af 165.000 kvinder. Efter sin pensionering har hun grundlagt Finnegan Consulting, der beskæftiger sig med uddannelse, forskning og behandling i forhold til spørgsmål, der angår kvinders sundhed, fødsel og afhængighed.

Finnegan er forfatter eller medforfatter til mere end 160 videnskabelige publikationer. Hun er en efterspurgt foredragsholder - mere end 900 foredrag i 21 lande er det blevet til. Finnegan er mor til 5 børn og har 15 børnebørn