

Gi respons på artikler gjennom artiklenes kommentarfelt på *tidsskriftet.no*.
 Innleggene publiseres fortløpende på Tidsskriftets nettside og et utvalg
 av innleggene publiseres også i papirutgaven i spalten «Brev til redaktøren».
 Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer.
 Forfattere av vitenskapelige artikler har tilsvaretsrett, jf. Vancouver-gruppens regler.



Re: Familieplanlegging, graviditet og amming ved multipel sklerose

I Tidsskriftet nr. 20/2016 publiserte Holmøy & Torkildsen en oversiktsartikkel om behandling av multipel sklerose i svangerskap og ammeperiode (1). Vi er i hovedsak enige i anbefalingene i artikkelen, med ett unntak: Vi mener at det ikke er nødvendig å pålegge alle kvinner ammeperiode under attackbehandling med metylprednisolon.

På grunn av økt risiko for attakker de første månedene etter fødselen (1) kan attackbehandling bli aktuelt før ammingen er veletablert. Noen kvinner får vansker med å gjenoppta ammingen etter et ammeopphold på 3–5 dager. En slik anbefaling bør derfor være godt faglig begrunnet.

Det er ikke rapportert bivirkninger hos diebarn ved bruk av glukokortikoider hos mor (2). Begrenset dokumentasjon tilsier at metylprednisolon i liten grad går over i morsmelk, selv ved høye doser. I to kasuistikker ble nivået i morsmelk målt hos kvinner som fikk attackbehandling (ett gram intravenøst i tre dager) (2, 3). Beregnet barnedose for et fullammet barn var maksimalt 0,21 mg/kg/dag. Dette er betydelig lavere enn terapeutisk barnedose ved for eksempel akutte astmaanfall (1–2 mg/kg/dag), men nær laveste vedlikeholdsdose på 0,25 mg/kg/dag (4). Ved lav dose i 3–5 dager må risikoen for bivirkninger anses å være minimal hos et friskt og fullbåret barn.

Nivået av metylprednisolon i morsmelk synker raskt, og har fire timer etter administrasjonen sunket med 60–80 % (2, 3). I en kasuistikk var metylprednisolon ikke påvisbart i morsmelken 12 timer etter infusjonen (2). Ammeopphold på 4–8 timer reduserer barnets eksponering betraktelig. Vi anbefaler dette dersom barnet er prematurt eller sykt. Et slik kortvarig ammeopphold kan også vurderes i andre tilfeller hvis dette er praktisk mulig. Det er etter vår vurdering ingen god faglig begrunnelse for å anbefale ammeperiode utover 4–8 timer.

Helsedirektoratet har nylig sendt oppdatert versjon av Nasjonal faglig retningslinje for behandling av multipel sklerose ut på høring. Undertegnede ble bedt om å oppdatere kapitlet om graviditet og amming, og vi har foreslått mange forbedringer. Vi er fornøyd med at forfatterne i arbeidet med artikkelen i Tidsskriftet har tatt hensyn til våre faglige innvendinger. Vi håper at tilsvarende kapittel i veilederen fra Nasjonal kompetansetjeneste for multipel sklerose også oppdateres (5), slik at informasjon på området samsvarende. Dette er nå ikke tilfellet.

Solveig T. Holmsen

soholm@ous-hf.no

Gro C. Havnen

Elisabet Nordmo

Hedvig Nordeng

Olav Spigset

Solveig T. Holmsen (f. 1970) er lege, medisinsk rådgiver ved Nasjonal kompetansetjeneste for amming, Oslo Universitetssykehus.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Gro C. Havnen (f. 1973) er rådgiver ved RELIS.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Elisabet Nordmo (f. 1972) er seniorrådgiver ved RELIS.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Hedvig Nordeng (f. 1972) er professor ved Farmasøytisk institutt, Universitetet i Oslo.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Olav Spigset (f. 1963) er professor ved Avdeling for klinisk farmakologi, St. Olavs Hospital.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

- Holmøy T, Torkildsen Ø. Familieplanlegging, graviditet og amming ved multipel sklerose. Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136: 1726–9.
- Cooper SD, Felkins K, Baker TE et al. Transfer of methylprednisolone into breast milk in a mother with multiple sclerosis. J Hum Lact 2015; 31: 237–9.
- National Library of Medicine (USA). Drugs and Lactation database (LactMed). Methylprednisolone. <https://toxnet.nlm.nih.gov/lactmed> (11.10.2016).
- Lexicomp in UpToDate. Methylprednisolone: Pediatric drug information. www.helsebiblioteket.no/ (18.11.2016).
- Nasjonal kompetansetjeneste for multipel sklerose. Norsk MS-veileder. https://helse-bergen.no/seksjon/MS_veileder/Documents/Kapittel%203%20Forebyggende%20behandling/3.2%20Forebyggende%20behandling%20ved%20graviditet%20og%20amming.pdf (8.12.2016).

Re: Barn i sårbare livssituasjoner trenger barnevernet

Takk til M. Hafting & M. Røynesdal for nyttige synspunkter (1) på vår artikkel (2) i Tidsskriftet. Vi er enige i at «å sikre barn utviklingsfremmende oppvekstvilkår er en sentral verdi». Vi vil fortsatt fremholde at for å få dette til er det nødvendig å realisere den internasjonale barne- og menneskerettslige forståelse av barns rett både til familieliv og til privatliv. Vi er av den oppfatning at familien er en grunnleggende byggestein i ethvert samfunns sosiale organisering. Retten til familieliv kan ikke erstattes av profesjonelles antakelser om at oppvekstvilkårene er mer utviklingsfremmende i en forsterfamilie. Det finnes det lite forskningsmessig belegg for. Metodene for å diagnostisere mangler i utviklingsfremmende kompetanse hos foreldre er også høyst usikre. Derfor mener vi det er grunn til å advare mot en utvikling der retten til kontakt med egen biologiske familie tillegges mindre vekt, slik det er vist i holdningsundersøkelser i barnevernet (3).

Foreldrefiendtlighet er selvsagt ikke noe isolert amerikansk fenomen. Vi er klar over at der er viktige internasjonale forskjeller i barnevernets rom for skjønnsutøvelse, adopsjonslovgivningen og de formelle krav til saksbehandling. Foreldrefiendtlighet har imidlertid intet med dette å gjøre. Barn skades, uavhengig av nasjonalitet og bosted, ved at den ene biologiske forelder eller fosterforeldre eller terapeuter misbruker barns tillit til å skape fiendebilder av den eller de foreldre som barnet er avskåret fra å møte. Vi vil henvise til et nettsted som gjengir den internasjonale litteraturen som dokumenterer dette (4).

Hafting & Røynesdal viser til rapporten «Minst hjelp til dem som trenger det mest» fra Nordlandsforskning for å belegge at tilliten er langt større blant brukere av barnevernstjenesten enn blant folk flest (5). Det er den, men i rapporten skriver forskerne at tilliten er stor blant dem som har små og forbigående behov for barnevernstjenester. Brukere som har komplekse og kroniske utfordringer får i liten grad den hjelpen de trenger, og her er tilliten og tilfredsheten liten. Rapporten fra Nordlandsforskning peker på noen utfordringer som nettopp viser at barnevernstjenesten har behov for reformer som gjør ressursbruken mer målrettet og kostnadseffektiv.

>>>