

# BACHELOROPPGAVE

## «Når omsorgssvikten starter før barnet er født»

Er det farlig for fosteret hvis mor drikker alkohol under svangerskapet?

av

Kandidatnummer:117

Erik Langaard

Barnevern

BSV5-300

Mai 2016



## **Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt institusjonelle arkiv (Brage)**

Jeg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane tillatelse til å publisere oppgaven (Skriv inn tittel) i Brage hvis karakteren A eller B er oppnådd.

Jeg garanterer at jeg er opphavsperson til oppgaven, sammen med eventuelle medforfattere. Opphavsrettslig beskyttet materiale er brukt med skriftlig tillatelse.

Jeg garanterer at oppgaven ikke inneholder materiale som kan stride mot gjeldende norsk rett.

Fyll inn kandidatnummer og navn og sett kryss:

kandidatnummer og navn

Kandidatnummer: 117, Erik Langaard

JA  NEI

## Innhold

1.0 Innledning.....	4
2.0 Metode.....	5
2.1 Søkeprosess .....	5
2.2 Kildekritikk .....	6
3 Teori .....	7
3.1 Rusproblem\rusavhengighet .....	7
3.1.1 Rusmisbruk.....	7
3.1.2 Rusmisbruk og rusavhengighet .....	8
3.1.3 Fysisk og psykisk avhengighet.....	8
3.2 Årsaker og motiver til rusmiddelmisbruk.....	9
3.2.1 Belastninger.....	9
3.2.2 Genetikk .....	9
3.2.3 Sosiale årsaker.....	10
3.2.4 Psykiske lidelser og rusmiddelmisbruk .....	10
3.3 Konsekvenser og skadevirkninger av alkoholbruk generelt.....	10
3.3.1 Biologiske.....	10
3.3.2 Sosiale .....	11
3.3.3 Arbeid.....	11
3.3.4 Økonomi .....	11
3.3.5 Kriminalitet .....	12
4.0 Alkohol.....	12
5.0 Resultat .....	13
6.0 Diskusjon.....	15
6.1 Effekten av alkohol på fosteret.....	17
6.2 Medfødte alkoholskader .....	19
6.3 Føtalt alkoholsyndrom.....	20
7.0 Avslutning .....	21
8.0 Litteraturliste .....	23
9.0 Vedlegg .....	24

## 1.0 Innledning

I dagens velferdssamfunn får gravide veiledning, hjelp og informasjon gjennom hele svangerskapet. Informasjon om konsekvensene av alkohol i svangerskapet kan og innhentes ved et enkelt internettsøk. På tross av all kunnskapen som er tilgjengelig er det fremdeles kvinner som drikker alkohol under svangerskapet. Men inntaksmengden varierer, og retningslinjene for akseptabel inntaksmengde av alkohol i graviditeten, varierer på tvers av landegrensene. I media florerer det med motstridende signaler om alkohol er skadelig eller ikke. Tv2 publiserte for noen år siden en artikkel som tok for seg 10 sunne grunner til å drikke rødvin (Pettersen, 2012), og VG har publisert artikler som sier at rødvin er bra for hjertet om man er aktiv (Stranden, 2014). Denne typen dobbelkommunikasjon bidrar til mye forvirring, ikke bare hos gravide, men også befolkningen generelt. Hvem skal man høre på?

Alkohol er det rusmiddelet vi nordmenn bruker mest, og det har en sosial og kulturell verdi for mange (Killèn & Olofsson, 2003, s.41). Det har vært en økning i alkoholforbruket i samfunnet, og alkohol blir brukt i en rekke sosiale sammenhenger. Middagsselskap, bursdager, ferier, og byturer er noen eksempler. Og ikke delta på disse begivenhetene kan føre til en slags sosial marginalisering og slitsom utspørring; Hvorfor drikker du ikke? Er du gravid eller? For mange foreligger det et drikkepress og en forventning om å drikke i dagens samfunn. Hele 90 % av Norges voksne befolkning drikker alkohol, og det kan tenkes at alkohol er blitt litt ufarliggjort med årene siden «alle» drikker (Sjøvold & Furuholmen, 2015, s.118). Kanskje mer urovekkende er det at kvinners\jenters alkoholkonsum har steget betraktelig de siste årene tiårene (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Kvinner drikker mer enn før, og drikkevanene man danner seg i ungdomsårene kan overføres til voksen alder. Dette kan medføre alkoholkonsum tidlig i svangerskapet, da ikke alle kvinner vet det nøyaktige tidspunktet de ble gravide, og det kan være utfordrende å bryte drikkevanene gjennom resten av graviditeten.

Etter innledningen kommer metoddelen. Her forklarer jeg kort hva hensikten med en metode er, samt en gjennomgang av prosessen for å finne relevant litteratur. For å belyse mitt valg av tema har jeg i teoridelen først valgt å greie ut om hva rusmisbruk og rusavhengighet er. «For gravide kvinner vil ethvert inntak av rusmidler som kan føre til skader på det ufødte barnet, måtte regnes som misbruk» (Sandtorv, B, L. 2015). En gravid kvinne, gitt at hun er blitt informert om alkoholens effekt på fosteret, som likevel drikker alkohol, kan til en viss grad sies å være rusavhengig med tanke på at hun vet at det kan skade barnet, men ikke makter å kontrollere lysten til å drikke. Se definisjon av rusavhengighet i teoridelen. Videre i teoridelen

tar jeg for meg årsaker til rusmiddelmissbruk, for å lettere kunne forstå hvorfor gravide drikker. Avslutningsvis i teoridelen vil jeg greie ut om de generelle konsekvensene og skadevirkningene alkohol kan føre med seg. Dette gjør jeg fordi jeg tenker at konsekvensene før graviditeten er overførbare til konsekvensene alkohol fører med seg i selve graviditeten. Videre presenterer jeg fire forskningsartikler som tar for seg effekten av forskjellige typer alkoholeksponering, og det vil være en diskusjon rundt disse. Samt konsekvensene av eksponering for alkohol generelt, og større doser. Til slutt vil det være en avslutning. Å bryte med drikkemønstre og vaner kan være utfordrende. Det er viktig å være klar over at under graviditeten er mor og barn ett, og valgene mor tar i forhold til sin egen kropp vil påvirke barnet positivt eller negativt.

Med dette som utgangspunkt har jeg valgt følgende problemstilling:

*«Er det farlig for fosteret hvis mor drikker alkohol under svangerskapet?»*

## **2.0 Metode**

I følge Dalland (2007) er metode redskapet vi bruker når det er noe vi vil undersøke. Metoden hjelper oss med å hente informasjonen vi er avhengige av til undersøkelsen vår (Dalland, 2007, s.81). Dette er en litteraturstudie som bygger på forskning gjort av andre personer. Innenfor litteraturstudie er det to forskjellige typer litteratur en kan bruke. Primærlitteratur er forskning gjort av forskeren selv, og sekundærlitteratur baserer seg på andre personer sin forskning (Dalland, 2007, s.282). Jeg har sett meg nødt til å benytte meg av begge disse litteraturformene. Hovedsakelig var målet kun å benytte meg av primærlitteratur, men med tiden jeg har hatt til rådighet ble det for krevende å finne frem til samtlige primærkilder.

## **2.1 Søkeprosess**

I arbeidet med å finne relevant litteratur og forskning til oppgaven min har jeg først og fremst benyttet meg av bibliotekets databaser. Jeg benyttet meg av forskjellige søkemotorer; Oria, Academic Search Premier og Norart, hvor Oria er den jeg har benyttet meg mest av. Temaet mitt er alkohol i graviditeten og eventuelle effekter og senskader på barnet. De norske søkeordene jeg har brukt er alkohol, svangerskap, graviditet, konsekvenser, senskader og disse søkeordene er også blitt brukt i kombinasjon med hverandre. På engelsk har jeg søkt på prenatal alcohol, alcohol exposure, drinking patterns, alcohol AND longterm effects. Det var store variasjoner i antall treff. Når jeg søkte på prenatal alcohol fikk jeg 4762 treff, og dette var etter jeg hadde huket av på fagfelleverdert, og avgrenset årstallet til 2005-2016. Når jeg søkte på alkohol og graviditet med samme kriterier, fikk jeg 14 treff. Kort forklart har jeg

brukt mye engelske ord i søkeprosessen min for å finne relevant forskning. Grunnet de mange treffene var det en tidkrevende prosess å finne frem til forskningen jeg til slutt valgte å bruke.

Jeg ble tipset om å undersøke litteraturen Borgestadklinikken bruker i sitt arbeid. På nettet fant jeg 3 litteraturlister: Litteratur: Barn som lever i familier med rusproblemer, Litteraturliste Gravide og rusproblematikk, og Norsk og internasjonal litteratur om rusrelaterte fosterskader. De to sistnevnte var spesielt relevante, og jeg fant litteratur der som jeg har brukt i oppgaven.

## 2.2 Kildekritikk

Kildekritikk vil si å stille seg kritisk til litteraturen en bruker for å bekrefte om kilden er sann eller ikke. Det vil si vurdere og karakterisere kildene man bruker (Dalland, 2007, s.64).

Pålitelighet, eller reliabilitet som det kalles på forskningsspråket, dreier seg om hvor nøyaktig undersøkelsens data er (Johannessen, Tuft & Christoffersen, 2010, s.40). Videre dreier reliabilitet seg om hvilken data som benyttes, måten den er blitt innhentet på og hvordan dataen bearbeides (Johannessen et al., 2010, s.40).

I valget av litteratur har jeg støttet meg mye på *Barn i risiko, Skadelige omsorgssituasjoner* av Øyvind Kvello (2010), og *De minste barnas stemme* av Sjøvold & Furuholmen (2015). Kvello har blant annet en doktorgrad i utviklingspsykologi, en bistilling som forsker, og har vært tilknyttet BUP, PPT og barnevernet. Mette Sund Sjøvold og Kristin Furuholmen er begge psykologspesialister, og har bred erfaring i arbeidet med sped- og småbarn i risiko samt deres omsorgspersoner. Videre har jeg tatt i bruk *Forebygging og behandling av rusproblemer* av Reidar Hole (2014), *Det sårbare barnet. Barn, foreldre og rusmiddelproblemer* av Kari Killèn & May Olofsson (2003), og *Rus* av Hans Olav Fekjær (2011). Alle disse forfatterne er høyt utdannet med bred erfaring innenfor sitt fagfelt. Mange av disse bøkene står også oppført på Borgestadklinikken's litteraturlister.

Jeg har og tatt i bruk rapporter fra sosial- og helsedirektoratet, de svenske helsemyndighetene, samt Tidsskrift for Den norske legeförening. Forskningen jeg presenterer i resultatdelen valgte jeg ut ved å se på metodene som ble brukt, hvem som finansierte forskningen, anerkjennelser, om det var fagfelleurdert, og om det var ny forskning. Artikkene jeg presenterer er primærkilder. Jeg skriver mer om dette i resultatdelen.

## 3 Teori

### 3.1 Rusproblem\rusavhengighet

Om du hadde spurt en nonne og en sjømann om hva akseptabel bruk av rusmidler er, ville nok svarene ha vært forskjellige. Å få en presis definisjon på hva rusmisbruk og rusavhengighet er kan være utfordrende, da det er mange subjektive meninger om disse begrepene. Eksempelet over er satt litt på spissen, men om en hadde spurt 10 personer fra Oslo, og 10 personer fra Sogndal om hva de mener akseptabel bruk av rusmidler er, ville nok svarene variert.

#### 3.1.1 Rusmisbruk

Kvello tar i bruk flere kriterier for å nøyaktig kunne definere rusmisbruk. Under kommer en gjennomgang av de viktigste kriteriene: -Normalt versus unormalt forbruk. Når befolkningens forbruk av rusmidler endrer seg, endres også definisjonen på hva som er normal, og ikke normal bruk av rusmidler, blant befolkningen (Kvello, 2015, s.337 & 338). Han viser til et eksempel fra millenniumskiftet hvor jenters drikkevaner begynte å få mange likhetstrekk med gutters drikkevaner (Kvello, 2015, s.338). -Når en person bruker rusmidler vil det alltid være mulighet for at personens psykiske og somatiske helse blir påvirket, med andre ord så er medisinske vurderinger med på å definere om det foreligger misbruk eller ikke (Kvello, 2015, s.338). Kvello tar for seg normalt versus patologisk bruk. Patologi er sykdomslære og rusmisbruk blir sett på som et tegn på psykopatologi, med andre ord en psykisk lidelse (Kvello, 2015, s.338). Et eksempel på dette kan være å ta seg ett glass vin på fredagskvelden versus to vinflasker hver dag. -Videre tar han for seg sunt versus helseskadelig bruk. Med helseskadelig bruk menes i dette tilfellet somatiske, fysiske og kroppslige plager som følge av rusen (Kvello, 2015, s.338). -Hyppighet er også et kriterie som tas i bruk for å vurdere om det foreligger rusmisbruk eller ikke. Jo hyppigere bruken av rusmidler er, desto større sannsynlighet er det for at det er rusmisbruk (Kvello, 2015, s.338). Men, man må se på sammenhengen mellom hyppighet og mengde, da rusmisbruk karakteriseres av store inntak ofte (Kvello, 2015, s.338).

-Å bruke rusmidler i en sosial sammenheng er mer akseptert og mer utbredt enn å ruse seg alene, men det er viktig å huske på at rusmisbrukere ofte ruser seg sammen med andre rusmisbrukere, som også er en form for sosial sammenheng, dog ikke like akseptert (Kvello, 2015, s.338). -Å nyte et glass vin til en bedre middag, er et bedre alternativ enn å bruke alkohol for å dempe sosial angst, døyve indre smerte eller kjenne en trang etter å ruse seg (Kvello, 2015, s.338). -Et annet kriterie er kontroll, og dreier seg om å kontrollere hvor man ruser seg, når man ruser seg, og mengden (Kvello, 2015, s.338). Rusmisbrukere vil ofte

bagatellisere misbruken, og lure seg selv ved å si at de har kontroll og at de kan slutte hvis de ønsker det, samtidig som disse ytringene skal berolige de nærmeste (Kvello, 2015, s.338). – Det siste kriteriet er komparentopplysninger, som er innhentede opplysninger fra personer i nærmiljøet til personen som misbruker rus (Kvello, 2015, s.338). For å vurdere om det foreligger rusmisbruk må en også se hvordan misbruket påvirker de nærmeste, barn, ektefelle foreldre, osv (Kvello, 2015, s.338).

### **3.1.2 Rusmisbruk og rusavhengighet**

I dag bruker norsk helsevesen den internasjonale sykdomsklassifikasjonen ICD-10 til å sette diagnoser forbundet med rus, og håndboken definerer både skadelig bruk og avhengighet av rusmidler (Lossius, 2012, s.26).

Å være rusavhengig innebærer at personen det gjelder føler en sterk lyst eller trang til å ruse seg, mister kontrollen over inntaket og ikke makter å stoppe (Lossius, 2012, s.26). Ofte vil rusavhengige etter lengre tid med rusmiddelbruk utvikle sterke fysiske, og i visse tilfeller medisinsk farlige abstinenssymptomer når de har vært uten rus en periode (Lossius, 2012, s.26). Rusavhengighet kjennetegnes også ved at personen som ruser seg bygger opp en toleranse for rusmiddelet. Det innebærer at personen er avhengig av et større inntak av rusmiddelet for å få samme ruseffekt (Lossius, 2012, s.26). Mange rusmiddelavhengige vil prioritere rus fremfor andre interesser, arbeid og andre livsforhold, og personens bruksmønster vil ikke bedre seg på tross av at fysisk og psykisk helse, økonomi, og sosiale forhold blir negativt påvirket av rusmiddelbruken (Lossius, 2012, s.26).

Tre av kriteriene under må oppfylles, og inntreffe samtidig i løpet av et år for at en absolutt avhengighetsdiagnose skal kunne bli stilt. (a) sterk lyst eller en følelse av tvang til å ruse seg, (b) vanskelig for å kontrollere inntaket, (c) fysiske abstinenser etter inntaket er redusert eller stoppet, (d) en utviklet toleranse for et rusmiddel som fører til at en høyere dosering er nødvendig for å oppleve samme ruseffekt som tidligere ved lavere doser, (e) likegyldighet overfor interesser som tidligere har vært av betydning. Fokus og prioriteringer rettes mot ytterlige inntak, (f) rusmiddelbruken fortsetter til tross for fysiske og psykiske plager (ICD-10, 1999, s. 73-74).

### **3.1.3 Fysisk og psykisk avhengighet**

Fysisk avhengighet kjennetegnes ved at personen er avhengig av en større dosering for å oppleve den samme effekt, altså toleranseutvikling, og abstinenser når rusmiddelbruken avtar (Fekjær, 2011, s.216). Plagene som ofte preger en avvenningsperiode har mange likhetstrekk



med influensa. Løs mage, vondt i hode, kramper i mageregionen, rennende nese og øyne, kaldsvette, problemer med å sove og muskelsmerter (Fekjær, 2011, s.216). Fysisk avhengighet er ikke en kronisk tilstand, men heller en konsekvens av hyppig inntak av rusmidler, og når en person har vært uten rus i en kort periode vil den fysiske avhengigheten forsvinne (Fekjær, 2011, s.216). Kraftige abstinenser kan forekomme ved rusbruken opphører, men det er sjelden verre enn en influensa. I filmer er det vanlig å se en overdramatisering av abstinensene og avveningsplagene (Fekjær, 2011, s.216). Psykisk avhengighet er, som nevnt tidligere, denne sterke trang og tvangfølelsen av å ruse seg, samt problemer med å kontrollere inntaket (Fekjær, 2011, s.224-225).

### **3.2 Årsaker og motiver til rusmiddelmissbruk**

Det er sjelden det bare er én årsak som får en person til å misbruke rusmidler. Det vil ofte være en kombinasjon av flere årsaker som opptrer samtidig, og de fleste og mest sentrale risikofaktorene knyttes til miljøet personen er en del av (Kvello, 2015, s.341).

#### **3.2.1 Belastninger**

Når stress opptrer tidlig i en persons liv, vil dette være en risikofaktor for alkoholmisbruk senere i livet, og et liv preget av alkoholmisbruk vil være med på å bidra til utviklingen av nye risikofaktorer (Kvello, 2015, s.341). Traumer faller innenfor begrepet belastninger. Det er en sammenheng mellom mishandling i form av seksuelle overgrep, vold og omsorgssvikt i barndommen, og rusmiddelmissbruk senere i livet (Kvello, 2015, s.341). Personer som har vanskelig for å kontrollere følelsene sine, og med kognitive og sosiale utfordringer, vil ofte ty til rusmidler som en slags selvmedisinering for å dempe frykten og for å få en pause i de slitsomme tankemønstrene, som ofte følger etter en traumatisk opplevelse (Kvello, 2015, s.341). Kvinner som har opplevd en barndom med omsorgssvikt og mishandling i forskjellige former, vil kanskje oftere utvikle rusmiddelmissbruk enn menn med lignende oppvekst (Kvello, 2015, s.341).

#### **3.2.2 Genetikk**

I hormonsystemet finnes det nevrofysiologiske og endokrine markører som kan indikere at en person er mer mottakelig og sårbar for rusavhengighet (Kvello, 2015, s.342). Det finnes også studier av tvillinger som tilsier at arvelighet og personlighetstrekk hos barn av alkoholmisbrukende foreldre, er av betydning i forhold til deres egen sårbarhet for utvikling av rusmisbruk (Kvello, 2015, s.342). Forskning viser at personer som misbruker alkohol genetisk har et mindre utviklet dopaminerg system enn andre, og en lav serotonerg aktivitet (Kvello, 2015, s.342). Personer som har en genetisk sårbarhet for å misbruke alkohol, har ofte

en lavere terskel for å stresse, og dette kan føre til at de lettere tyr til rusmidler enn personer som bedre regulerer stress (Kvello, 2015, s.343). Genetikk alene er ikke den største risikofaktoren for å utvikle rusmisbruk, men heller andre risikofaktorer som er mer avgjørende samtidig som det foreligger en genetisk sårbarhet (Kvello, 2015, s.343). Til opplysning er gener en mer utslagsgivende risikofaktor når det er snakk om alkoholmisbruk, til fordel for narkotikamisbruk (Kvello, 2015, s.343).

### **3.2.3 Sosiale årsaker**

Venner og kompisgjenger vil ofte ha et noenlunde likt syn og forbruk av rusmidler, og på den måten er venner enten en risikofaktor eller en beskyttelsesfaktor i forhold til rusmiddelmisbruk (Kvello, 2015, s.343). Personer med problemer knyttet til alkohol, lav sosial kapital og psykiske vansker har en tendens til å finne partner med samme utfordringer (Kvello, 2015, s.343). På den måten kan det bli flere risikofaktorer i en familie, noe som igjen kan føre til at barna får en økt utviklingsrisiko (Kvello, 2015, s.343).

### **3.2.4 Psykiske lidelser og rusmiddelmisbruk**

Det er en sammenheng mellom psykiske lidelser og rusmiddelmisbruk, og rusmiddelmisbruk og psykiske lidelser. En person som misbruker rusmidler vil ofte få en psykisk lidelse, og en person med angst, depresjon eller andre psykiske lidelser vil ofte bruke rus som en lindring mot utfordringene disse vanskene fører med seg (Kvello, 2015, s.342). Det er ofte slik at en psykisk lidelse vil være til stede før rusmiddelmisbruket, og derfor vil barns manglende sosiale evner være en risikofaktor for rusmisbruk i ungdomsårene (Kvello, 2015, s.342).

## **3.3 Konsekvenser og skadevirkninger av alkoholbruk generelt**

De fleste har kanskje våknet opp etter en fuktig kveld på byen og følt på den beryktede fylleangsten. Anger og skamfølelse i tillegg til skallebank og kvalme. Dette er en konsekvens som de fleste har måttet lide seg igjennom, men det finnes mer alvorlige konsekvenser av alkoholbruk. Alkoholbruken er et problem når konsekvensene på et eller flere områder er for store.

### **3.3.1 Biologiske**

Fettlever er den vanligste leversykdommen forårsaket av alkohol, hvor leveren vokser fordi fett avleires i levercellene (Fekjær, 2011, s.191). Skrumplever er mer alvorlig og kan være dødelig, og alkohol står bak hele 80 % av skrumplevertilfellene (Fekjær, 2011, s.191). Det er en sammenheng mellom alkohol og kreft, som oftest brystkreft og kreft i spiseveiene, og

alkohol bidrar til 100-200 tilfeller av kreft årlig (Fekjær, 2011, s.191). Andre vanlige sykdommer forårsaket av alkohol er magesår, hjertekomplikasjoner og problemer med blodtrykket (Hole, 2014, s.43).

Et høyt forbruk av alkohol kan altså føre til dødsfall. I 2008 døde 289 menn og 96 kvinner av sykdommer forårsaket av alkohol, hvor de fleste tilfellene var grunnet høyt forbruk og forgiftning, samtidig som en stor andel av dødsfallene skyldtes leversvikt (Hole, 2014, s.39). Dette var registrerte dødsfall ved norske sykehus, men man må gå utifra at det finnes mørketall (Hole, 2014, s.39). Med i betraktningen kommer også andre typer dødsfall forårsaket av alkohol, som ulykker, vold og selvmord (Hole, 2014, s.39).

### **3.3.2 Sosiale**

Familie og venner vil ofte være de første til å legge merke til, og reagere på rusmiddelbrukens negative utvikling (Hole, 2014, s.44). Et rusproblem vil ofte ha stor påvirkning på de personene som bryr seg om deg. Foreldres omsorg for en ungdom med et negativt drikkemønster kan ofte bli oppfattet som mas og stigmatisering, og det samme gjelder oppmerksomheten fra venner (Hole, 2014, s.44). Hvis en person konstant dummer seg ut på fylla i lag med venner og bekjente og benytter seg av rusmidler på feil sted til feil tid, kan dette føre til at personen får et dårlig rykte og slutter å bli invitert til sosiale sammenkomster (Hole, 2014, s.44). Denne ekskluderingen kan føre til at personen med den uønskede atferden erstatter sitt tidligere nettverk med et nettverk som aksepterer denne typen atferd (Hole, 2014, s.44). Barn av rusmisbrukere vil også bli påvirket i stor grad (Hole, 2014, s.46).

### **3.3.3 Arbeid**

Om en person i arbeid misbruker alkohol kan konsekvensene vise seg på flere måter. Et alkoholproblem i en jobbsammenheng vil ofte innebære en del fravær grunnet dårlig form, det kan være visuelt tydelig for kollegaer at personen er bakfull, personen kan komme for sent på jobb gjentatte ganger og alkoholbruken kan påvirke kvaliteten på jobben som utføres (Hole, 2014, s.45). Hvis jobben innebærer bilkjøring og arbeidsdagen starter 08.00, er det også sannsynlighet for at personen promillekjører. Dette setter ikke bare personen selv i fare, men også andre. Et alkoholproblem kan ha flere konsekvenser for arbeidssituasjonen, og i verste fall kan det ende med at man får sparken. Dette kan medføre økonomiske konsekvenser.

### **3.3.4 Økonomi**

Når rusen kommer først i rekken av prioriteringer vil dette påvirke økonomien (Hole, 2014, s.46). Alkohol er dyrt og personer med høyt alkoholforbruk kan slite økonomisk i perioder og

over lenger tid (Hole, 2014, s.46). Det er en overrepresentasjon av personer med rusproblem blant stønadsmottakere, arbeidsledige og uføretrygdede (Hole, 2014, s.46). Men, det er likevel ikke slik at alle med rusproblematikk sliter økonomisk (Hole, 2014, s.46). Barn av slike foreldre kan ha utfordringer med deltakelse i idretter og andre daglige aktiviteter (Hole, 2014, s.46).

### **3.3.5 Kriminalitet**

Fyllekjøring og promillekjøring er eksempler på kriminalitet forbundet med alkohol (Hole, 2014, s.46). Politiet tar opptil 10 000 prøver i året ved mistanke om kjøring i påvirket tilstand, og tallene viser en stabil prosentandel på 85-90 % i mennenes favør (Hole, 2014, s.46). I Norge er alkohol den største årsaken til voldsforbrytelser, og en svensk undersøkelse slo fast at alkohol øker voldsrisikoen med 13 ganger (Fekjær, 2011, s.188). En norsk studie av mishandlede kvinner kunne konkludere med at hovedårsaken udiskuterbart var alkohol (Fekjær, 2011, s.188).

## **4.0 Alkohol**

«Alkohol er det rusmiddelet som er farligst for fosteret, og alkoholeksponering er den vanligste kjente årsak til psykisk utviklingshemning i den vestlige verden (Sjøvold & Furuholmen, 2015, s.118). Det er en bred enighet blant forskere i dag om at eksponering for store mengder alkohol skader utviklingen av fosterets sentralnervesystem (Holmgren, 2009, s.6). Alkoholens effekter på den som konsumerer har også blitt forsket mye på, og forskning viser at alkohol skader leveren, nyrene, organene og hjernen. Likevel er alkohol det rusmiddelet som vi nordmenn bruker mest, og er for mange en viktig sosial og kulturell faktor (Killèn & Olofsson, 2003, s.41). Hele 90 % av Norges voksne befolkning drikker alkohol, og kvinners drikkevaner har endret seg drastisk med en økning på hele 140 % fra 1973 til 2004 (Sjøvold & Furuholmen, 2015, s.118).

På tross av myndighetenes anbefalinger om å totalt avstå fra alkohol under svangerskapet, er det likevel et høyt antall kvinner som drikker alkohol når de er gravide (Killèn & Olofsson, 2003, s.41). Det vi vet om norske kvinners drikkevaner i graviditeten er hentet fra Mor-Barn-studien. I følge denne forskningen drikker 40 % av gravide kvinner noe alkohol, 25 % innrømmer binge drikking de første 6 ukene av svangerskapet, det vil si inntak av mange enheter alkohol på én og samme kveld, og 0,5 % innrømmer et stort alkoholinntak de tre siste månedene av graviditeten (Sjøvold & Furuholmen, 2015, s.118-119). En undersøkelse fra

Sverige som tok sikte på å kartlegge drikkemønsteret til gravide kvinner i Stockholm, kunne konkludere med at 80 % av kvinnene drakk mindre enn 2 enheter per dag, 7 % drakk ca 6 enheter per dag, og 4 % misbrukte alkohol under graviditeten, med andre ord drakk de over 6 enheter per dag (Killèn & Olofsson, 2003, s.41). Noen år senere ble det foretatt en undersøkelse i Danmark med samme formål som fastslo at 70-80 % av landets gravide kvinner drikker alkohol i svangerskapet, og hele 18 % drikker større mengder alkohol (over 7 enheter) minst én gang i løpet av graviditeten (Killèn & Olofsson, 2003, s.41).

## 5.0 Resultat

Under kommer en kort gjennomgang av 4 forskningsartikler jeg har funnet. Jeg skriver om formålet med forskningen, metoden som ble brukt, resultatet, og hva det konkluderes med. Alle artiklene er oversatt fra engelsk, og under kommer min egen oversettelse. Senere vil jeg diskutere rundt disse forskningsartiklene samt annen litteratur i diskusjonsdelen.

### Artikkel 1

Målet med denne studien var å foreta en kombinert analyse av mors normale ukentlige alkoholkonsum og eventuelle binge drikking, i den tidlige og midtre delen av svangerskapet, og den antatte effekten på 5-år gamle barns generelle fungering og intelligens (Kesmodel et al., 2012, s. 1180). Deltakerne i undersøkelsen ble plukket ut basert på alkoholkonsum tidlig i svangerskapet. Ved fylte 5 år ble barnas intelligens, oppmerksomhet, og kognitive prosesser testet. 1628 kvinner og deres barn ble plukket ut fra Danish National Birth Cohort (Kesmodel et al., 2012, s.1180). Multivariate analyser viste ingen statistisk vesentlig effekt på fosteret, fra vanlig ukentlig alkoholkonsum eller fra binge drikking (Kesmodel et al., 2012, s.1180).

Forskerne konkluderer med at det nåværende studiet bidrar til omfattende metodiske og statistiske fremgangsmåter som bør bli en del av fremtidens studier av milde, moderate og større inntak av alkohol i graviditeten (Kesmodel et al., 2012, s.1180). Videre mener forskerne at siden det ikke er blitt kartlagt perioder i svangerskapet hvor det er trygt å drikke alkohol, er den mest konservative anbefalingen for kvinner og ikke drikke alkohol. Men, det nåværende studiet foreslår at det ikke er grunn til alvorlig bekymring ved små inntak en gang i blant (Kesmodel et al., 2012, s.1180).

### Artikkel 2

Målet med denne studien var å undersøke effektene av gravide kvinners milde og moderate alkoholkonsum tidlig i graviditeten på 5-år gamle barns IQ (Eriksen et al., 2012, s.1191).

Deltakerne ble hentet inn basert på mors alkoholkonsum i graviditeten. Ved 5-års alderen ble barn testet med Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence-Revised. Mors utdanning, IQ, røyking i graviditeten, og barnets kjønn ble tatt med i betraktning (Eriksen et al., 2012, s.1191). Det ble ikke observert forskjeller i testresultatene til barn av mødre som rapporterte at de hadde konsumert mellom 1 og 4 eller 5 og 8 drinker per uke på et punkt i løpet av graviditeten, sammenlignet med barn av mødre som avsto fra alkohol i graviditeten (Eriksen et al., 2012, s.1190). For kvinner som rapporterte om en konsumeringsmengde på 9 eller flere enheter per uke, ble det ikke observert noen vesentlige forskjeller. Men, risikoen for lav intelligens og lav verbal IQ økte, dette gjaldt ikke prestasjons IQ (Eriksen et al., 2012, s.1190). Også her konkluderer forskerne med at kvinners konsumering av milde til moderate mengder alkohol i svangerskapet ikke assosieres med førskulebarns gjennomsnittelige IQ (Eriksen et al., 2012, s.1190). På tross av disse funnene er det ikke etablert en akseptabel konsumeringsmengde i graviditeten. Derfor er de konservative retningslinjene om å unngå alkohol i graviditeten gjeldende (Eriksen et al., 2012, s.1190).

### Artikkel 3

Det forskerne ville kartlegge med denne studien var langtidseffektene av milde til moderate alkoholemengder i svangerskapet på hjernen. Effektene av høy alkoholeksposering på hjernen finnes det mye forskning på, men svært lite om mindre mengder (Eckstrand et al., 2012, s.1892). Forskerne undersøkte effekten av lave doser alkohol på hvitt og grått matterie i hjernen\sentralnervesystemet, hos unge voksne (19-20 år) som hadde vært eksponert alkohol i svangerskapet, og sammenlignet funnene med en kontrollgruppe. En stor del av de som deltok i studien var barn av mødre som hadde hatt et lavt til moderat alkoholkonsum i svangerskapet (Eckstrand et al., 2012, s.1892). Det ble ikke oppdaget noen forskjeller i hjernens totale volum, heller ikke i den grå eller hvite materiens totale volum hos de eksponerte eller kontrollgruppen. Men, grå materie volumet var redusert i flere områder hos de alkoholeksposerte individene (Eckstrand et al., 2012, s.1892). Utifra resultatene konkluderer forskerne at å bli eksponert for lave mengder alkohol i svangerskapet har en negativ effekt på hjernens utvikling, og at dette er en konsekvens man tar med seg videre (Eckstrand et al., 2012, s.1892).

### Artikkel 4

Det er mangel på evidensbasert forskning angående effekten av dosering, drikkemønster og tidspunktet for alkoholeksposering i svangerskapet og atferdsproblemer hos barn i 2-års

alderen og eldre (O`Leary et al., 2009, s.74). Som metode inviterte og samlet forskerne inn en tilfeldig gruppe av gravide kvinner i Vest-Australia til å delta i en 8 år langtidsundersøkelse. Alkoholkonsumet ble klassifisert ved å kombinere dosering, doseringen ved hver anledning og hyppigheten, for å få en helhetlig og realistisk oversikt over drikkevanene (O`Leary et al., 2009, s.74). 85 % av kvinnene ble fulgt opp når barnet var fylt 2 år, 73 % når barnet var fylt 5 år og 61 % når barnet var fylt 8 år. En rekke medvirkende faktorer ble tatt med i betraktningen (O`Leary et al., 2009, s.74). Eksponering for små mengder alkohol i svangerskapet ble ikke assosiert med atferdsproblemer hos barn. Ved høy alkoholeksponering i første trimester økte risikoen for angst, depresjon og somatiske plager, og ved moderat eksponering økte risikoen for depresjon og angst (O`Leary et al., 2009, s.74). Ved moderat og høy alkoholeksponering i svangerskapet økte risikoen for atferds problemer, mens dosering, drikkemønster og tidspunkt for eksponeringen hadde påvirkning for hvilken type atferdsproblematikk (O`Leary et al., 2009, s.74).

## **6.0 Diskusjon**

I den første artikkelen konkluderte forskerne med at det ikke var grunn til alvorlig bekymring ved små inntak av alkohol en gang i blant. Det som ble undersøkt var effekten av mødres vanlige ukentlige alkoholkonsum og eventuelle binge drikking tidlig og i den midtre delen av svangerskapet, på 5-år gamle barns generelle fungering og intelligens (Kesmodel et al., 2012, s.1180). I den andre artikkelen ble effekten av gravide kvinners milde til moderate alkoholkonsum tidlig i graviditeten på 5-år gamle barns IQ undersøkt. Også her ble det konkludert med at gravide kvinners milde til moderate alkoholkonsum ikke har en negativ effekt på førskolebarns gjennomsnittelige IQ. Siden begge disse studiene ble finansiert av Centers for Disease Control and Prevention USA, The Danish National Board of Health og forskjellige stiftelser, kan dette være en indikator på studienes validitet (Kesmodel et al., 2012, s.1199). I forhold til det etiske aspektet, ble studien godkjent av DNBC Board of Directors, the DNBC Steering committee, the regional Ethics Committee, the Danish Data Protection Agency, og the Institutional Review Board at the Centers for Disease Control and Prevention (Kesmodel et al., 2012, s.1199).

Men, det er viktig å huske på at alkoholforskning kan være problematisk og omstridt, og forskningen på området er ikke alltid troverdig. Etikk, som dreier seg om en handling er rett eller gal, er naturligvis også gjeldende når det er snakk om forskningsvirksomhet (Johannessen et al., 2010, s.89). Etikk bygger mye på retningslinjene for hva vi mennesker

kan gjøre mot hverandre, men det dreier seg ikke kun om konkrete handlinger. Gjennom forskning har vi mennesker mulighet til å påvirke hverandre direkte og indirekte, og dette åpner for etiske spørsmål (Johannessen et al, 2010, s.89). Hvis forskningen over hadde blitt finansiert av store alkoholprodusenter som Carlsberg og Budweiser, som er sterke kapitale krefter, ville kanskje ikke resultatene vært like gjeldende. Slike kommersielle stormakter kan komme frem til egne forskningsresultater, ansette egne forskere, og har mulighet til å påvirke og styre resultatene i den retningen som er mest lønnsom. Det er også mye som ikke vil være etisk gjennomførbart i forhold til forskning om alkoholeksponering i fosterlivet. Å tildele en gravid kvinne alkohol for å se effekten på fosteret vil nok aldri kunne forsvares.

Den tredje forskningsartikkelen tok for seg langtidseffektene av milde til moderate alkoholmengder i graviditeten. Her fant forskerne at lave mengder alkohol kan ha en negativ effekt på hjernens utvikling, og at konsekvensene er noe barna har med seg videre (Eckstrand et al., 2012, s.1892). I den siste artikkelen, som for øvrig tok sted i Australia, undersøkte forskerne effekten av dosering, drikkemønster og tidspunktet for alkoholeksponering på 2-år gamle barns atferd (O'Leary et al., 2009, s.74). Her konkluderte forskerne med at små mengder alkohol ikke ble assosiert med atferdsproblemer hos barn. Ved høy og moderat alkoholeksponering tidlig i graviditeten økte risikoen for mentale problemer hos barna, samtidig økte risikoen for atferdsproblemer, mens dosering, drikkemønster og tidspunkt var avgjørende for hvilken type atferdsproblematikk. De to siste studiene samarbeidet med en rekke universiteter, organisasjoner og medisinske sentere med alkoholforskning og barns helse som hovedfokus.

De to første studiene kunne konkludere med at eksponering for milde og moderate alkoholmengder ikke assosieres med barns generelle fungering og intelligens. I den første artikkelen konkluderer forskerne med at det ikke er grunn til alvorlig bekymring ved små inntak alkohol en gang i blant (Kesmodel et al., 2012, s.1180). Disse studiene sier ikke at milde og moderate alkoholinntak i graviditeten er ufarlig, men i deres studier ble det ikke assosiert med problematikk hos barn. De to siste studiene fant at moderate, og selv små mengder alkohol kunne ha en destruktiv effekt på barns mentale helse, og langvarige konsekvenser.

Jeg tolker disse studiene dit hen at det kan være utfordrende å finne negative konsekvenser av moderat alkoholbruk under svangerskapet i tidlig levealder hos barnet. I den ene undersøkelsen kan man observere endringer i hjernen, men det er usikkerhet rundt hvilke



senskader dette vil medføre. Hva om man observerte konsekvenser hos barnet i senere alder? Kan det tenkes at eventuelle negative konsekvenser vil synliggjøres på et senere tidspunkt? Ingen av forskningsrapportene kan etter min mening utelukke at mors alkoholkonsum under svangerskapet kan skade barnets utvikling på sikt. utfordringen vil imidlertid alltid være at slike resultater har rom for tolkning og mange mulige feilkilder. Spørsmålet blir fort: Hvis man ikke kan bevise at det er skadelig, bør man da tilråde mødre å drikke alkohol i moderate mengder under svangerskapet? Neppes. Hva med å observere fosterets puls under svangerskapet ved alkoholinntak?

Negative konsekvenser av alkoholbruk kommer som oftest til syne over tid. Er det mulig å tenke at fosterets eksponering for alkohol vil få negative konsekvenser på et senere tidspunkt enn det som er undersøkt. Den tredje studien er den eneste som undersøker effekten av lave doser alkohol i svangerskapet på unge voksne (19-20 år), og resultatene viser til fysiske endringer i hjernen hos unge voksne. Hva med endringene som er observert i hjernen? Når og hvordan vil disse endringene komme til syne? Grunnet all usikkerheten vil en konservativ anbefaling være å avstå fra alkohol, fordi konsekvensene fortsatt er ukjente, også ved moderat konsum. Det er lite som taler for at dette er sunt. Jeg tenker det er dette som bør feste seg hos vordende mødre. Heller rette fokuset mot det som kan være ødeleggende. Dette er fire tilfeldige forskningsartikler, og det kommer tydelig frem i konklusjonene at konsekvensene av alkoholeksponering er omdiskutert. Men det er ikke bare selve konsumet som er utslagsgivende. En rekke andre faktorer er med på å avgjøre utfallet av konsumet.

### **6.1 Effekten av alkohol på fosteret**

Før trodde man at morkaken beskyttet fosteret mot rusmidler, men slik er det ikke.

«Metabolitter av de fleste rusmidler kan komme inn i fosterets blodomløp, passere blod-hjerne-barrieren og påvirke den tidlige celleutviklingen eller forårsake celledød» (Sjøvold & Furuholmen, 2015, s.116). Når et rusmiddel i seg selv er skadelig for fosteret og ikke trenger andre faktorer for å påføre skade, sier man at det har en direkte effekt på fosteret. Alkohol er et slikt rusmiddel (Sjøvold & Furuholmen, 2015, s.117). Men det er ofte snakk om mer omfattende sammenhenger når man skal forstå den virkelige effekten alkohol har på et foster. I forhold til barnet må man se på faktorer som genetikk, sammenhengen mellom utviklingsstadiet det er på og tidspunktet mor drikker, alkoholnedbrytning hos mor og drikkemønsteret (Lægreid, Bruarøy & Reigstad, 2005, s.445-447). To barn som er utsatt for samme dose alkohol kan reagere helt forskjellig, med andre ord er det ikke en enkel

sammenheng mellom dosen og responsen\symptomene (Sjøvold & Furuholmen, 2015, s.117). Hos mor, og dermed fosteret, holder det ikke bare å ta utgangspunkt i at det konsumeres alkohol, men også de negative sidene dette kan føre med seg (Sjøvold & Furuholmen, 2015, s.117). Om en blivende mor har lav sosial status, svak økonomi, dårlige boforhold og sliter med stress eller andre psykiske plager, vil dette være faktorer som ved siden av et alkoholkonsum har en negativ effekt på fosteret. Om en kvinne har drukket store mengder alkohol over lengre tid vil dette ofte ha en innvirkning på kvinnens helsetilstand, og alkoholen kan ofte få høyere prioritet enn for eksempel mat. Vitaminmangel, infeksjoner, organsvikt og underernering er noen konsekvenser, så skadene et barn kan få av en rusmiddelbrukende mor er, som nevnt tidligere, multifaktorielt bestemt (Killèn & Olofsson, 2003, s.40). Ett eksempel på dette kan være hvor varierende forekomsten av FAS i USA er. To faktorer som spiller en viktig rolle for FAS-diagnosen i USA er sosial kapital og etnisitet (Lægreid et al., 2005, s.445-447).

Eksposering for små doser alkohol og effektene av dette er forsket lite på. Resultatet av dette er mye uenighet blant forskerne på fagfeltet. En litteraturstudie gjennomført av Swedish National Institute of Health med mål om å undersøke sammenhengen mellom milde til moderate alkoholmengder under svangerskapet, og kognitive og sosioemosjonelle mangler hos barn, fant varierende resultater (Holmgren, 2009, s.8). En av analysene i denne studien hevder at et inntak på mindre enn ett glass per uke i graviditeten hadde en sammenheng med barns atferd og emosjonelle problemer, som hyperaktivitet, oppmerksomhetsproblemer, emosjonelle problemer og utfordringer med å samhandle med jevnaldrende (Holmgren, 2009, s.12). Utfordringer med samhandling var en konsekvens som kun dukket opp hos jenter. Her viser det seg at barnets kjønn også kan være av betydning for utfallet. En annen analyse i studien fant ingen effekt av alkoholeksposering på barns oppmerksomhet og hyperaktivitet (Holmgren, 2009, s.12). Studien konkluderte med at selv små mengder alkohol i svangerskapet kan ha en skadelig effekt på barn (Holmgren, 2009, s.20). De varierende resultatene i studien kan være en indikator på nettopp hvorfor det er mye uenighet blant forskere angående effekten av små doser alkohol i graviditeten.

En studie fra Storbritannia undersøkte barn som var blitt eksponert for opptil 2 enheter per uke, og eventuelle uheldige effekter på utvikling (Kelly, 2013, s.1340). Hele 10534 7-åringer ble undersøkt i forhold til barn av mødre som hadde avstått fra alkohol i graviditeten. Det ble konkludert med at eksponering for små mengder alkohol ikke er assosiert med utviklingsproblemer i midten av barndommen (Kelly, 2013, s.1340). Resultatene varierer fra

studie til studie, og det er en rekke faktorer som må tas til betraktning. Noe det er bred enighet om blant forskere innenfor fagfeltet er den skadelige effekten av høy alkoholeksponering.

## **6.2 Medfødte alkoholskader**

Når en gravid kvinne drikker, vil alkoholen som nevnt over trenge gjennom morkaken og påvirke fosteret slik at det får omtrent samme promille (alkoholinnhold i blodet) som moren, bare minutter etter konsumeringen (Streissguth, 1997, s.5). Alvorlighetsgraden av skadene alkohol i svangerskapet fører med seg, kan variere fra mental retardasjon til mindre alvorlige skader (Sjøvold & Furuholmen, 2015, s.123). Alkohol kan skade de fleste organene, og små mengder alkohol kan påføre livslange skader på sentralnervesystemet, mens et høyt alkoholforbruk ser ut til å ha en sammenheng med organskader (Sjøvold & Furuholmen, 2015, s.123). Et høyt alkoholforbruk i svangerskapet gir en økt risiko for tidlig fødsel, spontanabort, redusert fostervekst og dødfødsel (Sjøvold & Furuholmen, 2015, s.123).

Det er som nevnt ikke kartlagt noen perioder under graviditeten hvor det er trygt å drikke alkohol. Alkohol kan skade fosterets hjerne i løpet av hele svangerskapet, og mors alkoholinntak kan ha en negativ effekt på de forskjellige stadiene av fosterets hjerneutvikling (Sjøvold & Furuholmen, 2015, s.124). Fosteret utvikler seg gjennom hele svangerskapet, og forskjellige funksjoner og strukturer utvikler seg ved forskjellige tidspunkt, derfor vil tidspunktet for inntaket av alkohol være avgjørende for skadeomfanget (Sjøvold & Furuholmen, 2015, s.124). Det virker som at alkohol er mest destruktivt i fosterlivets første 2 måneder når organene blir til, og jo større dosering desto større skadeomfang (Sjøvold & Furuholmen, 2015, s.124). Skade på hjernens celler og økt celledød er konsekvenser alkoholkonsum i svangerskapet kan føre med seg, samt direkte påvirkning på cellens funksjon, og cellens genfunksjon (Lægreid et al., 2005, s.445-447). Hjerne kjemikalier, også kalt neurotransmittere, er avgjørende for den psykiske helsen vår, og vil bli utsatt for varige endringer ved eksponering for alkohol i fosterlivet (Sjøvold & Furuholmen, 2015, s.124). En annen konsekvens ved alkoholeksponering er at hjernen i flere tilfeller vil bli mindre, ved at frontallappenes størrelse reduseres i forhold til resten av hjernen, noe som igjen kan føre til en svekket evne til å planlegge, fokusere og organisere (Sjøvold & Furuholmen, 2015, s.124). Noe som kan være en indikator på en mindre effektiv hjerne, er når hjernebarken er tykkere og mindre organisert i forhold til hjernes størrelse, noe som kan være en konsekvens av alkoholeksponering i svangerskapet (Sjøvold & Furuholmen, 2015, s.124).

Det er evidensbasert at fosterets kognitive fungering påvirkes av alkoholeksponering i svangerskapet, men påvirkningen varierer fra mental retardasjon til milde forsinkelser i utviklingen (Sjøvold & Furuholmen, 2015, s.124). En person som er mentalt retardert vil ha utfordringer i de aller fleste av livets aspekter; sosial fungering, motorikk, språkevner, generell forståelse, for å nevne noen (Sjøvold & Furuholmen, 2015, s.124). Alkolskader på et barn er ikke reverserbare, de er varige, og man kan ikke ta utgangspunkt i at barn med slike skader skal ta «igjen det tapte», i forhold til jevnaldrende (Sjøvold & Furuholmen, 2015, s.124).

### **6.3 Føtalt alkoholsyndrom**

FAS er den fremste årsaken til mental retardasjon som det er mulig å forebygge (Lægreid, Bruarøy & Reigstad, 2005, s.445-447). Det er den skaden som følge av alkohol som faktisk er en medisinsk diagnose. En samlebetegnelse for alle skader forårsaket av alkohol kalles medfødt alkoholspekterforstyrrelse, eller FASD som punkt 6.1 og 6.2 dreier seg om (Sjøvold & Furuholmen, 2015, s.119). FAS påvirker i all hovedsak hjernen, og personer med denne diagnosen blir født med den (Streissguth, 1997, s.4). FAS som diagnose kan opptre svært varierende. Noen kan bli lett påvirket og kun ha milde atferdsavvik, mens andre kan bli hardt påvirket og bli svært utfordret til å gjennomføre enkle hverdagslige gjøremål (Streissguth, 1997, s.4). Kompetente omsorgsgivere og god oppfølging kan bedre situasjonen etter hvert som personen blir eldre, men FAS er ikke en reverserbar tilstand (Streissguth, 1997, s.4).

Føtalt alkohol syndrom kjennetegnes ved skader i sentralnervesystemet, vekstretardasjon og karakteristiske ansiktstrekk. Ansiktstrekene våre tar form tidlig i svangerskapet, og visse dyreforsøk sier at alkoholeksponering i uke 5-6 gir de mest synlige skadene (Sjøvold & Furuholmen, 2015, s.121). Alkoholeksponering før eller etter dette tidspunktet vil og føre til skade på fosteret, men de typiske ansiktstrekene vil utebli (Sjøvold & Furuholmen, 2015, s.121). Med andre ord kan kriteriene for alkoholskade være til stede, men ikke kriteriene for FAS. Men, ansiktstrekene er bare et bevis på at eksponeringen skjedde rundt uke 5-6 i fosterlivet, og et barn uten ansiktstrekene kan ha alvorlige mangler ved funksjonsevnen på lik linje med en som har de (Sjøvold & Furuholmen, 2015, s.121). Noen av de visuelt synlige hovedtrekkene i ansiktene hos personer med FAS er; glatt overleppe, liten nese, kort øyespalte og smalt midtansikt (Lægreid et al., 2005, s.445-447). Andre konsekvenser som ofte opptrer i 2-3 års alderen er fin- og grovmotoriske problemer, vesentlige atferdsproblemer som høyt aktivitetsnivå, humørsvingninger og impulsivitet (Lægreid et al., 2005, s.445-447). Studier

har funnet store variasjoner i IQ-en til personer med FAS og personer med andre alkoholskader. Det er ikke slik at barn som er eksponert for alkohol under svangerskapet er dømt til å få lav IQ. En større studie fant en variasjon i personer med FAS sin IQ, spennet var på 29 til 120, mens personer med andre alkoholskader hadde et IQ-spenn på 42 til 142 (Sjøvold & Furuholmen, 2015, s.124).

Hva angår forekomsten av FAS i Norge i dag er det nøyaktige antallet litt usikkert, men det sies å være mellom 0,5 og 1 tilfelle per 1000 fødte barn (Sjøvold & Furuholmen, 2015, s.123). Det vil ofte være mørketall, og antallet diagnoser øker etter hvert som helsepersonell får mer kunnskap. Det vil si at det er en vesentlig underdiagnostisering av FAS. I forhold til andre alkoholskader sies det å være nesten 10 ganger høyere forekomst enn FAS (Sjøvold & Furuholmen, 2015, s.123). Det er vanskelig å komme frem til et eksakt antall, men omtrent 1000 barn blir født hvert år med alkoholskader etter alkoholeksponering i graviditeten (Sjøvold & Furuholmen, 2015, s.123). Omtrent 1 av 1000 barn blir født med føtalt alkohol syndrom på verdensbasis, mens det i USA er 2 av 1000 tilfeller (Lægreid et al., 2005, s.445-447).

## **7.0 Avslutning**

Før studiet hadde jeg lite kunnskap om hvordan eksponering for rusmidler under svangerskapet kan påvirke barnet. Jeg var ikke klar over at alkohol er det mest destruktive rusmiddelet, sett fra barnets perspektiv (Killèn & Olofsson, 2003, s.41).

Hvor skadelig alkohol faktisk er for fosteret er et omdiskutert tema, og det er kanskje derfor retningslinjene for alkoholkonsum i graviditeten varierer fra land til land. I USA anbefaler myndighetene gravide kvinner eller kvinner som planlegger å bli gravide, å avstå totalt fra alkohol (Holmgren, 2009, s. 7). For å minimere risikoen for fosteret, anbefaler myndighetene i Storbritannia at gravide kvinner ikke drikker mer enn 1-2 alkoholenheter en til to ganger i uken og unngå binge drikking. I Australia anbefaler myndighetene gravide kvinner å avstå fra alkohol, men om kvinnen velger å drikke bør det være mindre enn 7 drinker per uke, aldri mer enn 2 drinker per dag og aldri bli brisen (Holmgren, 2009, s.7).

Det er fryktelig vanskelig å sette en nedre grense for hva som er skadelig for fosteret og ikke. Skadeomfanget av alkoholeksponering i fosterlivet er som nevnt tidligere multifaktorielt bestemt. To kvinner med samme drikkemønster i svangerskapet vil ikke nødvendigvis få barn med samme utfordringer. Jeg tenker at en føre var linje vil være det tryggeste for barnet, og

konkrete anbefalinger uten rom for mistolkning. Diffuse og vage retningslinjer om alkoholbruk i svangerskapet vil for mange muligens kunne bidra til forvirring og videre konsum. Å si til en 4-åring; «vi anbefaler deg å avstå helt fra gjørmekaker, men hvis du velger å spise det bør du innta mindre enn 2 enheter i uken», vil gi rom for mistolkning. Kanskje ikke helt overførbart, men poenget er at klare retningslinjer angående alkohol i svangerskapet er avgjørende.

Å bryte med vaner kan være vanskelig, og vi har alle sårbare øyeblikk hvor vi kan la oss friste. For mor vil det være viktig å ha noen å støtte seg på under graviditeten. I de fleste tilfeller vil den vordende faren spille en viktig rolle som støttespiller. Fagfolk vil og alltid ha en viktig rolle i møte med gravide, og kanskje spesielt med gravide som har drukket alkohol. Alkohol i svangerskapet er ofte tabubelagt, og dette stiller krav til hjelpeapparatet. Å møte gravide som har innrømmet alkoholbruk krever at fagfolk er sensitive og uten fordommer, med et ønske om å hjelpe kvinnen og barnet videre.

## 8.0 Litteraturliste

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Eckstrand, K, L., Ding, Z., Dodge, N, C., Cowan, R, L., Jacobson, J, L., Jacobson, S, W., & Avison, M, J. (2012). Persistent Dose-Dependent Changes in Brain Structure in Young Adults with Low-to-Moderate Alcohol Exposure In Utero. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 36(11), 1892-1902.

Eriksen, F, L, H., Mortensen, L, E., Kilburn, T., Underbjerg, M., Bertrand, J., Støvring, H., Wimberley, T., Grove, J., & Kesmodel, S, K. (2012). The effects of low to moderate prenatal alcohol exposure in early pregnancy on IQ in 5-year old children. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 119(10), 1191-1200.

Fekjær, H, O. (2011). *Rus: Bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Flak, A., Su, S., Bertrand, J., Denny, C., Kesmodel, U., & Cogswell, M. (2014). The Association of Mild, Moderate, and Binge Prenatal Alcohol Exposure and Child Neuropsychological Outcomes: A Meta – Analysis. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 38(1), 214-226.

Hole, R. (2014). *Forebygging og behandling av rusproblemer: En innføring*. Oslo: Universitetsforlaget AS

Holmgren, S. (2009). *Low dose alcohol exposure during pregnancy – does it harm?* Stockholm: Swedish National Institute of Public Health.

Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag AS

Kelly, Y., Iacovou, M., Quigley, Ma., Gray, R., Wolke, D., Kelly, J., & Sacker, A. (2013). Light drinking versus abstinence in pregnancy – behavioural and cognitive outcomes in 7-year-old children: A longitudinal cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 120(11), 1340-1347.

Kesmodel, U., Bertrand, J., Støvring, H., Skarpness, B., Denny, C., & Mortensen, E. (2012). The effect of different alcohol drinking patterns in early to mid pregnancy on the child`s intelligence, attention, and executive function. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 119(10), 1180-1190.

Killèn, K., & Olofsson, M. (2003). *Det sårbare barnet: Barn, foreldre og rusmiddelproblemer*. Oslo: Kommuneforlaget AS

Kvello, Ø. (2015). *Barn i risiko: Skadelige omsorgssituasjoner*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

- Lossius, K. (2012). *Håndbok i rusbehandling: Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Lægreid, L., Bruarøy, S., & Reigstad, H. (2005). Fosterskade ved alkoholbruk i svangerskap. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 445-447 : ill.
- O`Leary, C., Nassar, N., Zubrick, S., Kurinczuk, J., Stanley, F., & Bower, C. (2010). Evidence of a complex association between dose, pattern and timing of prenatal alcohol exposure and child behaviour problems. *Addiction*, 105(1), 74-86).
- Pettersen, E, A. (2012, 19.10). Ti sunne grunner til å ta deg et glass vin i kveld. *Tv2*. Hentet fra <http://www.tv2.no/a/3839899>
- Sandtorv, B, L. (2015). Undervisning. Sosionom, lege, ph.d kandidat.
- Sjøvold, S, M., & Furuholmen, G, K. (2015). *De minste barnas stemme: Utredning og tiltak for risikoutsatte sped- og småbarn*. Oslo: Universitetsforlaget AS
- Sosial og helsedirektoratet, avd. Rusmidler (2005): *Alkohol og graviditet. Hva er farlig for fosteret? Hvordan forebygge og behandle?* Rapport fra en ekspertgruppe.
- Statens helsetilsyn, & World Health Organization. (1999). ICD-10: Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser: *Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Stranden, A, L. (2014, 02.09). Vin er bra for hjertet bare hvis du trener. *VG FORBRUKER*. Hentet fra <http://www.vg.no/forbruker/helse/vin-er-bra-for-hjertet-bare-hvis-du-trener/a/23286365/>
- Streissguth, A. (1997). *Fetal Alcohol Syndrome: A Guide for Families and Communities*. Paul H. Brookes Publishing Co.

## 9.0 Vedlegg

Vedlegg: Selvvalgt pensum



