

Høringsuttalelse fra SERAF: nasjonal retningslinje for gravide i LAR og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder

Generelle bemerkninger

Den foreliggende retningslinje synes å være grundig og godt gjennomarbeidet. Det aktuelle feltet er preget av forholdsvis lite forskning og systematisk dokumentert kunnskap. Størsteparten av forskningen som finnes er fra USA og overførbarheten av resultater fra disse studiene til norske forhold kan være problematisk når det kommer til ulike behandlingsregimer, sosiale og kulturelle forskjeller. Særlig sett i lys av at dette er et særdeles komplekst forskningsfelt hvor mange ulike faktorer spiller inn, bør en være forsiktig med å trekke endelige konklusjoner. Imidlertid finnes det forskning på noen av områdene som gjør det mulige og komme med relativt funderte anbefalinger. Koblet med kliniske erfaringer, råd fra eksterne konsulenter, kunnskapsoppsummeringer og godt kjennskap til det norske helsevesenet synes det som den bredt sammensatte arbeidsgruppen har lyktes med en god balansegang i sine anbefalinger.

Fordi det aktuelle felt lett utsettes for politiske stridigheter og ideologiske holdninger er klare anbefalinger og råd særlig viktig. Det synes som om gravide LAR-kvinner lett kan utsettes for forutinntatte meninger og råd som til sist kan ramme både kvinnen og hennes omgivelser på en negativ måte. Desto viktigere er det å få spredt anbefalingene i retningslinjen på en enkel og lett tilgjengelig måte. Som retningslinjen leses nå er det et relativt kompakt dokument. Det bør derfor lages en mer brukervennlig og kortere utgave til anvendelse for alle helse-, sosial- og barnvernsarbeidere på feltet. Også de gravide LAR-kvinnene og deres eventuelle partnere/familie vil kunne ha stor nytte av å tilegne seg denne kunnskapen på området på en noe enklere måte.

For øvrig kan retningslinjen, som det også påpekes av arbeidsgruppen, gjerne spres til alle instanser innen helse-, barneverns- og sosialfaget som arbeider med gravide med rusproblemer/psykososiale belastninger da mange av anbefalingene, særlig etter at barnet er født, er like aktuelle for disse.

Dissensen

Dissensen anbefaler at hovedregel skal være at kvinnen skal trappe ned LAR-medikamentet dersom dette er praktisk og medisinsk forsvarlig og gjerne gjennom innleggelse på institusjon dersom det er ønskelig.

Flertallsforslaget anbefaler derimot som hovedregel kontinuering av det aktuelle medikament gjennom hele svangerskapet i samsvar med tilsvarende retningslinjer i Norden, USA og Australia. Siden de internasjonale retningslinjene er basert på det som finnes av forskning på området er det vanskelig og ikke si seg enig med flertallsforslaget, men også av andre grunner som er angitt. Siden mange LAR-mødre selv ønsker å trappe ned under svangerskapet gir retningslinjen også klare anbefalinger om hvordan dette kan

gjøres på beste måte, både mht til sakelig informasjon til kvinnene og medisinsk forsvarlig fremgangsmåte.

Generelt er det lite ønskelig med dissenser i retningslinjer, da det kan skape unødvendige konflikter og debatter som vil gå ut over andre og viktigere forhold. Det er likevel ikke uventet med en dissens på et område som frem til nå har vært såpass mye preget av ulik praksis, ideologi og lite forskning.

Vi støtter imidlertid ikke forslagene slik de er formulert i dissensen og synes det er uheldig med dissenser i retningslinjer.

Spesielle spørsmål det ønskes svar på

- Samhandlingsperspektivet; oppfølgingen baserer seg på et tett samarbeid mellom mange ulike aktører i kommune (helsestasjon, fastlege, sosialtjeneste/NAV, barnehage, barnevern) og spesialisthelsetjenesten (TSB, føde/barselavd, barneavd, psykisk helsevern for barn og unge, psykiatri).

Fordi LAR-kvinnene, deres barn og partnere/familier i utgangspunktet er i en såpass sårbar og krevende situasjon er det viktig at de får all mulig støtte, oppfølging og konkret hjelp der dette er mulig. Bare et bredt samarbeid mellom aktuelle kommunale og statlige hjelpeinstanser både i graviditet og sped- og småbarnsalder kan sikre dette.

Vi mener at anbefalingene og forslagene til et slikt samarbeid virker fornuftige og godt fundert i eksisterende muligheter og tiltak.

- Svangerskapskontroller, som finner sted både i kommune og spesialisthelsetjeneste.

Mye av det som skisseres rundt svangerskapskontroller praktiseres i dag på flere steder. For å få mest mulig lik nasjonal praksis til beste for mor og barn, er det bra at det skisseres såpass nøyaktig hvor mange kontroller som bør utføres og hva som konkret bør gjøres på den enkelte kontroll.

- Utpekning av et begrenset antall sykehus til å håndtere fødsler og abstinensbehandlingen av den nyfødte.

Det vil alltid være ønskelig med mest mulig geografisk nærhet mellom de aktuelle hjelpeinstansene og den enkelte LAR-kvinne både gjennom graviditet og gjennom spe- og småbarnsperioden. Når det gjelder fødsel og oppfølging i nyfødt perioden er dette imidlertid et felt som krever spesiell kompetanse og som en ikke kan forvente finnes på alle sykehus. Ut fra at årlig antall fødende LAR-kvinner er relativt lite synes det rimelig at en forsøker å samle slik kompetanse på et begrenset antall sykehus. Som det er nå vet en fra forskning at praksis utøves på ganske ulik måte som sannsynligvis er grunnet manglende kunnskap på området. Mer erfaring og opparbeiding av kompetanse på et begrenset antall sykehus vil skape tryggere og bedre forhold for både mor og barn.

- Etablering av tverrfaglig team i spesialisthelsetjenesten for å ivareta disse barna og barn som har vært eksponert for rusmidler (inkludert alkohol) eller andre vanedannende medikamenter.

Oppretting av slike tverrfaglige team vil kunne bidra til å sikre god faglig oppfølging av barna samt faglig støtte til mor/familien gjennom sped- og småbarnsperioden. Slike team kan også bidra med viktig veiledning til aktuelle hjelpeinstanser på kommunenivå. Det er særs viktig at også barn eksponert for av alkohol og andre medikamenter trekkes inn. Vi støtter derfor disse anbefalingene.

Oppfølging i sped- og småbarnsalder, som er delt mellom kommune (utvidet oppfølging fra helsestasjon med mer) og spesialisthelsetjenesten.

Anbefalingene som skisseres samsvarer mye med god praksis slik den fungerer i dag. God og kontinuerlig oppfølging fra helsestasjon er grunnleggende og gjerne i samarbeid med spesialisthelsetjenesten om dette viser seg nødvendig. Vi støtter anbefalingene.

Samlet konklusjon

Retningslinjen er gjennomgående et grundig og vel gjennomtenkt stykke arbeid. Vurderingene og anbefalingene synes godt forankret i relevant forskning og praktisk erfaring på feltet og skulle kunne iverksettes slik kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten er bygd opp idag. Gitt at de fleste anbefalinger gjennomføres skulle dette sikre et godt tilbud til gravide LAR-brukere og andre som sliter med rusproblemer og deres barn i svangerskap og i sped- og småbarnsperioden.