

Anbefalinger om prevensjon og familieplanlegging, legemiddelvalg og legemiddeldoser er revidert i 2019. Se reviderte anbefalinger på www.helsedirektoratet.no.

Nasjonal retningslinje for gravide i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder

13. juni 2022

Det er gjort endringer i anbefalinger om bruk av kartleggingsverktøy. Aktuelle sider er markert i tekst og marg med lenke til begrunnelse for endringene.

Heftets tittel: NASJONAL RETNINGSLINJE FOR GRAVIDE I LEGEMIDDELASSISTERT REHABILITERING(LAR) OG OPPFØLGING AV FAMILIENE FREM TIL BARNET NÅR SKOLEALDER

Utgitt: 05/2011

Bestillingsnummer: IS-1876

ISBN-nr. 978-82-8081-221-6

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling psykisk helsevern og rus
Postadresse: Pb. 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

www.helsedirektoratet.no

Forfattere: Brittelise Bakstad
Gabrielle Welle-Strand

Design omslag: Sidsel Andresen

Trykk og design: Andvord Grafisk AS

I trykkingen av IS-1876 i mars 2012 er det foretatt enkelte mindre endringer i forhold til nettutgaven som ble publisert 2.mai 2011. De fleste endringene er av korrekturmessig art. Det er foretatt gjennomgående endringer i retningslinjen knyttet til ikrafttredelse av den nye helse- og omsorgstjenesteloven. I tillegg er det lagt til to avsnitt om FNs barnekonvensjon og føre-var prinsippet i kapittel 4.1.

Forord

Målet med denne faglige retningslinjen er å gi tydelige og kunnskapsbaserte anbefalinger for behandling og oppfølging av gravide LAR-pasienter i svangerskapet, ved sykehusoppholdet i forbindelse med fødselen og for oppfølging/behandling av barnet og familiene frem til skolealder.

Helsedirektoratet har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) utarbeidet en retningslinje for gravide i LAR og oppfølging av LAR-familier med barn opp til skolealder. Oppdraget fra HOD kom i statsbudsjettet 2007: "Utarbeide veileder for gravide i LAR, samt vurdere andre utviklingsprosjekter på området. Arbeidet skal ses i sammenheng med kvalitetsarbeid innenfor svangerskapsomsorgen og tiltak for gravide rusmiddelavhengige for øvrig." I tillegg bestemte Helsedirektoratet at retningslinjen skulle inkludere oppfølging av barnet/familien frem til skolealder og har derfor samarbeidet med Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir).

Temaet rundt LAR og graviditet/barn er kontroversielt, spesielt i Norge. Det gis i dag ulik behandling i forskjellige deler av landet, og det er mange etiske dilemmaer knyttet til disse problemstillingene. Temaet har også fått mye politisk oppmerksomhet og ble blant annet debattert i Stortinget høsten 2006 og våren 2009. Temaet er ikke behandlet i den generelle retningslinjen for LAR (1).

Det vises videre til regjeringens satsing på barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige som er et utstrakt samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Barne- og likestillingsdepartementet. Blant annet gjennom opptrappingsplanen for rusfeltet, egne tilskuddsordninger og Modellkommuneforsøket.

Gjennom utarbeidelsen av retningslinjen har målet vært å komme frem til klare nasjonale anbefalinger. Prosjektgruppen har vært sammensatt slik at brukerperspektivet og forskjellige yrkesgrupper representert fra ulike nivåer i tjenesteapparatet og fra ulike deler av landet har bidratt med sine kliniske erfaringer og synspunkter.

Retningslinjen gir anbefalinger for hele pasientforløpet. Behandlingen omfatter flere områder innen både førstelinjetjeneste (helse, sosial, barnevern) og spesialisthelsetjeneste (fødselshjelp, nyfødttmedisin, barne- og ungdomspsykiatri og rusbehandling), og disse tjenestenes rolle og ansvar er omtalt i retningslinjen.

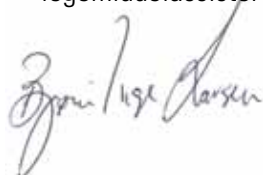
Pasientmålgruppen er kvinner som er i legemiddelassistert rehabilitering i graviditeten, deres partnere, barn som har vært eksponert for metadon eller buprenorfin i fosterlivet, samt deres familier. Retningslinjen henvender seg til alle faggrupper i kommunene og i spesialisthelsetjenesten som har et oppfølgingsansvar for disse pasientene. Dette gjelder helsetjenesten, men også sosialtjeneste, barnevern, barnehage og PP-tjeneste. Vi håper og tror at også pasientgruppen vil ha nytte av denne retningslinjen.

Oppfølgingen som skisseres i retningslinjen er i liten grad spesiell for familier med barn

som har vært eksponert for metadon eller buprenorfin i svangerskapet. Det meste vil også gjelde andre barn/familier, for eksempel barn som har vært eksponert for rusmidler i svangerskapet, barn født av foreldre som tidligere har vært rusmiddelavhengige, men som ikke er i LAR, og en rekke andre barn/familier.

Nasjonale retningslinjer fra Helsedirektoratet er å betrakte som anbefalinger og råd, basert på oppdatert faglig kunnskap som er fremskaffet på en systematisk, kunnskapsbasert måte. De nasjonale retningslinjene gir uttrykk for hva som anses som god praksis på utgivelsestidspunktet og er ment som et hjelpemiddel ved de avveininger tjenesteyterne må gjøre for å oppnå forsvarlighet og god kvalitet i tjenesten.

Arbeidsgruppen som har utarbeidet retningslinjen er sammensatt av sentrale fagpersoner, brukere og aktører på området. Helsedirektoratet takker arbeidsgruppen for kyndig og utholdende arbeid som vil føre til kvalitetsforbedring i behandlingen av gravide i legemiddelassistert behandling og oppfølgingen av familiene til barnet når skolealder.



Bjørn-Inge Larsen
Helsedirektør

Innhold

Forord	1
Innhold	3
Sammendrag	7
Forkortelser og sentrale begrep brukt i retningslinjen	10
1 Mandat, målsetting og bakgrunn	12
1.1 Mandat	12
1.2 Pasientmålgruppe	12
1.3 Målsetting med oppfølging av barn og familier	12
1.4 Målgrupper	13
2 Hva vet vi om denne pasientgruppen?	14
2.1 Internasjonal bakgrunn	14
2.2 Hva er situasjonen i Norge?	15
2.2.1 Antall barn født av mødre i LAR	15
2.2.2 Norske undersøkelser	16
2.2.3 Hva kjennetegner mødrene?	18
2.2.4 Hvordan går det med barna?	19
2.3 Kunnskapsmangler og forskningsbehov	21
3 Metode i retningslinjearbeidet	23
3.1 Hva er en faglig retningslinje?	23
3.2 Prosjektgruppe	23
3.3 Referansegruppe	24
3.4 Oppstartskonferanse	25
3.5 NAS-rådslag/møter med barneavdelingene	25
3.6 Brukerrådslag	25
3.7 Studietur	25
3.8 Nettsted	25
3.9 Forståelse av kunnskapsbegrepet	25
3.9.1 Kunnskapssenterets oppsummering (2)	26
3.9.2 Kunnskapsoppsummering om amming	27
3.9.3 Aktuelle veiledere og retningslinjer	27
3.9.4 Litteratur Helsedirektoratet har funnet frem	27
3.10 Gradering av anbefalingene og bruk av skal/bør	28
3.11 Avgrensinger	28
3.12 Implementering, evaluering og revidering	29
4 Rammeverk og organisering	30
4.1 Aktuelt lovverk og forskrifter	30
4.1.1 LAR-forskriften og LAR-retningslinjen	31
4.2 Prinsipper for organisering av tilbudet	31
4.2.1 Koordinering av tjenestene – samarbeid	31

4.3	Faglig forsvarlighet	32
4.4	Kompetanseoppbygging	33
5	Brukermedvirkning og etikk	35
5.1	Pasientens rett til samtykke, medvirkning og informasjon	35
5.2	Etiske overveielser ved interessekonflikter	35
5.3	Brukermedvirkning som ledd i forbedring av tjenesten	36
6	Svangerskapet	38
6.1	Graviditeter hos kvinner i LAR	38
6.1.1	Prevensjonsveiledning og planlegging av graviditet	38
6.2	Når graviditeten oppdages	39
6.2.1	Ansvar for å sette i gang tiltak	39
6.2.2	Informasjon	40
6.2.3	Den vordende far eller partner	41
6.2.4	Kartlegging	42
6.3	Koordinering av tiltak	44
6.3.1	Ansvarsgruppe/koordinerende fagperson	44
6.3.2	Individuell plan / behandlingsplan	44
6.3.3	Forberedelse til å være foreldre	45
6.3.4	Forsterket tilbud til gravide/spesialisert helsestasjon	46
6.3.5	Barneverntjenestens rolle i svangerskapet	47
6.4	Svangerskapsomsorg	48
6.4.1	Samarbeid og samhandling	48
6.4.2	Fysisk helse	49
6.4.3	Felles for svangerskapskontrollene	50
6.4.4	Svangerskapsomsorg i kommunen	54
6.4.5	Svangerskapsomsorg på sykehus	55
6.5	Oppfølging fra tverrfaglig spesialisert behandling (TSB)	56
6.5.1	Generelt	57
6.5.2	Medikamentell behandling (LAR-medikamentet)	57
6.5.3	Nedtrapping	60
6.5.4	Utlevering av medikament	63
6.5.5	Urinprøver	64
6.5.6	Blodprøver	65
6.5.7	Andre medikamenter	66
6.5.8	Bruk av alkohol og andre rusmidler	67
6.5.9	Røyking i svangerskapet	68
6.6	Behov for ytterligere støtte og behandling	69
6.6.1	Psykososiale faktorer	69
6.6.2	Poliklinisk behandling	71
6.6.3	Institusjonsbehandling	72
6.6.4	Oppbygging/styrking av foreldreferdigheter	73
6.6.5	Tvangstiltak overfor rusmiddelavhengige	74
6.6.6	Fødselsforberedelser	76
6.7	Opioidavhengige gravide som ikke er i LAR	78

7	Fødsel og nyfødtperiode	81
7.1	Fødsel	81
7.1.1	Valg av sykehus	81
7.1.2	Fødselen.....	82
7.1.3	Valg av smertestillende medisiner under fødselen	82
7.1.4	Valg av smertestillende medisiner etter forløsning	83
7.2	Nyfødtperioden	83
7.2.1	Nyfødte med dårlig respirasjon.....	84
7.2.2	NAS (Neonatal Abstinenssyndrom)	84
7.2.3	NAS-observasjon	85
7.2.4	NAS-behandling	87
7.3	Barseltid.....	88
7.3.1	Opphold på nyfødtavdeling.....	88
7.3.2	Amming.....	89
7.3.3	Samspillsveiledning.....	91
7.3.4	LAR i barseltiden	92
7.3.5	Oppstart av LAR-medisinerer	93
7.3.6	Kontroll av behandlingen / rusmistanke	94
7.3.7	Oppfølging av andre behov hos foreldrene	95
7.4	Utskrivning fra sykehus	95
7.4.1	Videre oppfølging av barnets medisinske behov.....	96
8	Sped- og småbarnsalder.....	98
8.1	Om LAR medikament og omsorg for barn	98
8.2	Samarbeid og samhandling i sped- og småbarnsalder	99
8.2.1	Etablering av ansvarsgruppe for barnet / IP.....	99
8.2.2	Kartlegging for å bestemme type og omfang av tiltak.....	100
8.2.3	Styrking av foreldreferdigheter	102
8.3	Kommunens oppfølging.....	103
8.3.1	Helsestasjonens rolle	103
8.3.2	Fastlegens rolle	106
8.3.3	Barnehage.....	106
8.3.4	Barnevernet	107
8.3.5	Kommunal rustjeneste.....	111
8.3.6	Andre kommunale tiltak	111
8.4	Spesialisthelsetjenestens rolle	112
8.4.1	Etablering av et nasjonalt kompetansesenter.....	112
8.4.2	Tverrfaglig team i spesialisthelsetjenesten.....	114
8.4.3	TSBs rolle.....	116
8.4.4	Barne- og ungdomspsykiatriens rolle.....	117
8.4.5	Innleggelse på institusjon	118
9	Andre temaer	121
9.1	Sosiale forhold.....	121
9.1.1	Bolig.....	121
9.1.2	Økonomi	121

9.1.3	Skole/arbeid/dagtidsaktivitet.....	122
9.1.4	Nettverk	123
9.2	Oppfølgingen skal ikke belaste for mye	124
9.2.1	Tilpasset oppfølging	124
9.2.2	Om familier med flere barn.....	125
9.3	Om foreldres bruk av rusmidler	126
9.3.1	Hvordan håndtere mistanke om bruk av rusmidler?.....	126
9.4	Sikker oppbevaring av LAR-medikament.....	127
9.5	Forhold knyttet til omsorg.....	128
9.5.1	Midlertidig og permanent omsorgsovertakelse	128
9.5.2	Fylkesnemdsbehandling og rettssaker	129
9.5.3	Kontakt med barn ved plassering utenfor hjemmet.....	129
10	Vedlegg	130
10.1	Samlet oversikt over anbefalingene.....	130
10.2	Norske spesialtiltak for gravide og familier	149
10.3	Hvordan går det med barna?	158
10.4	Kartleggings- og utredningsverktøy	169
11	Litteratur	170

Sammendrag

Den nasjonale retningslinjen for gravide i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og oppfølgingen av familiene til barnet når skolealder gir konkrete og kunnskapsbaserte anbefalinger. Retningslinjen er organisert slik at kapitlene i all hovedsak følger pasientforløpet og de kliniske anbefalingene begynner med svangerskapet, fortsetter med oppholdet på sykehuset i forbindelse med fødsel og nyfødtp periode, og avsluttes med oppfølgingen i sped- og småbarnsalder. Det legges opp til at et fast oppfølgingsprogram skal tilbys, samtidig som betydningen av de individuelle vurderingene understrekes. Det gis i tillegg en del organisatoriske anbefalinger.

Kapittel 1 omhandler mandat, pasientmålgruppe, målgruppen for retningslinjen, samt målsetningen for oppfølgingen av barna og familiene.

I kapittel 2 redegjøres det kort for det internasjonale kunnskapsgrunnlaget på området. Det opplyses om at retningslinjen suppleres av Kunnskapssenterets oppsummering, en kunnskapsoppsummering om amming og Helsedirektoratets egen oppsummering av internasjonal forskning når det gjelder barns utvikling. Deretter følger en oppsummering av norske undersøkelser av gravide i LAR og oppfølgingsundersøkelser når det gjelder barna. Avslutningsvis pekes det på kunnskapsmangler og fremtidig forskningsbehov.

Metoden som har vært brukt under utarbeidelsen for retningslinjen beskrives i kapittel 3. I dette kapitlet omtales også Helsedirektoratets forståelse av kunnskapsbegrepet, hvordan anbefalingene er gradert, samt bruken av skal, bør og kan i anbefalingene.

Aktuelt lovverk og forskrifter omtales i kapittel 4. Det er spesielt fokus på forskrift om legemiddelassistert rehabilitering og nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet, som ligger til grunn for denne retningslinjen. Videre vektlegges prinsippet om at oppfølgingsprogrammet så langt som mulig skal være en normalisert oppfølging, for å sikre at pasientene tar i mot tilbudet og for å hindre unødig stigmatisering. Koordineringen av tjenestene, faglig forsvarlighet og behovet for kompetanseoppbygging beskrives.

I kapittel 5 redegjøres det for pasientens rett til samtykke, medvirkning og informasjon. Etske overveielser ved interessekonflikter og brukervedvirkning som ledd i forbedring av tjenesten omtales.

Svangerskapet er tema for kapittel 6. Først fokuseres det på prevensjonsveiledning og planlegging av graviditet for kvinner i LAR. Deretter gjøres det rede for hva som skal skje når graviditeten oppdages, hvem som har ansvar for å sette i gang tiltak, informasjon til den gravide og eventuell partner, samt hvilken kartlegging som bør foretas. Det redegjøres videre for ansvarsgruppearbeid, koordinatorfunksjon og bruk av individuell plan og behandlingsplan. Hvilken forberedelse som bør gjøres i forhold til det å bli foreldre, bruk av forsterket tilbud til gravide eller spesialisert helsestasjon og barneverntjenestens rolle i svangerskapet er også sentrale tema. Svangerskapsomsorgen i kommunen og spesialist-

helsetjenesten omtales med en detaljert angivelse av hva som skal belyses ved de forskjellige svangerskapskontrollene. Det angis hvilke kontroller som bør foretas i kommunen og i spesialisthelsetjenesten og samarbeidet mellom de to forvaltningsnivåene er videre tema. Den medikamentelle behandlingen med LAR-medikamentene metadon eller buprenorfin er neste tema med grundig omtale av kunnskapsgrunnlaget på området. Hovedanbefalingen er at metadon eller buprenorfin *bør* opprettholdes under graviditet. Det omtales under hvilke forhold det *kan* være forsvarlig å trappe LAR-medikamentet ned. Videre omtales utlevering av LAR-medikament, urinprøver, blodprøver, bruken av andre medikamenter, samt alkohol og andre rusmidler i svangerskapet. Røyking i svangerskapet og tiltak for røykeslutt/røykereduksjon omtales spesielt. Behovet for ytterligere støtte og behandling i form av poliklinisk behandling eller institusjonsbehandling er også et tema. Bruken av tilbakeholdelse på institusjon etter sosialtjenestelovens tvangsbestemmelser er også belyst. Avslutningsvis i dette kapitlet omtales fødselsforberedelser og opioid-avhengige som ikke er i LAR.

Kapittel 7 omhandler fødsel og nyfødtpperiode. Innledningsvis anbefales det at de regionale helseforetakene bør utpeke et fåtall sykehus i egen region som kan ta i mot fødende kvinner i LAR og andre kvinner hvor man forventer abstinenser hos den nyfødte. Fødselen er neste tema med omtale av kartlegging ved ankomst til sykehuset og fokus på smerte- stillende behandling under og etter fødsel. Det gis detaljert rede for observasjon og behandling av neonatalt abstinenssyndrom (NAS). Oppholdet på nyfødtafdelingen, amming og samspillsveiledning er videre tema. Håndtering av LAR i barseltiden, eventuell oppstart av LAR etter fødsel, håndtering av eventuell rusmistanke og oppfølging av andre behov hos foreldrene beskrives. Til slutt i kapitlet beskrives utskrivningen fra sykehuset med fokus på videre oppfølging av barnets medisinske behov.

Sped- og småbarnsalder er overskriften for kapittel 8. Første tema handler om LAR-medikamentet og omsorg for barn. Det neste fokuset er samarbeid og samhandling i sped- og småbarnsalder med etablering av ansvarsgruppe og individuell plan for barnet. Så følger en bred omtale av hva slags kartlegging som bør foretas for å kunne bestemme type og omfang av tiltak. Styrking av foreldreferdigheter beskrives. I kommunens oppfølging beskrives først helsestasjonens rolle, med detaljert redegjørelse for når de forskjellige kontrollene bør foretas og hva som bør være fokus ved de forskjellige alderstrinn. Videre omtales fastlegens rolle, bruk av barnehage og barnevernet sin eventuelle rolle. Kommunal rustjeneste og andre kommunale tiltak beskrives. Under spesialisthelsetjenestens rolle anbefales etablering av et nasjonalt kompetansesenter og tverrfaglige team ved sykehusene som er anbefalt utpekt i kapittel 7. Disse teamenes funksjon og hvilke kontroller som skal foretas omtales detaljert. Andre tema i kapittel 8 er TSB sin rolle, barne- og ungdomspsykiatriens rolle, samt innleggelse på institusjon.

I kapittel 9 omtales først betydningen av å ha en egnet bolig og en økonomi som gjør familien og barna i stand til å delta i samfunnet på linje med andre barn. Det er videre fokus på skole, arbeid og dagtidsaktivitet for foreldrene, samt betydning av nettverk og tiltak for eventuelt å styke nettverket. Tilpasset oppfølging og betydningen av ikke å belaste familien mer enn nødvendig er beskrevet, slik at familien får den nødvendige roen de trenger for å kunne fungere som en familie. Bruk av rusmidler og mistanke om bruk av rusmidler er også belyst. En sikker oppbevaring av LAR-medikamentet er viktig, spesielt for

familier med små barn. Forhold knyttet til omsorg med omtale av omsorgsovertakelse, fylkesnemndsbehandling og kontakt med barn plassert utenfor hjemmet avslutter kapittelet.

Kapittel 10 består av vedlegg. Det første vedlegget er en samlet oversikt over de 217 anbefalingene i retningslinjen. Det andre vedlegget angir norske spesialtiltak for gravide og familier med rusrelatert problematikk med kontaktpersoner og kontaktinformasjon. Det tredje vedlegget er Helsedirektoratets oppsummering av litteratur som omhandler hvordan det går med barna. Det siste vedlegget er aktuelle kartleggings- og utredningsverktøy som kan brukes i sped- og småbarnsalder.

Kapittel 11 gir oversikt over referansene til forskning, retningslinjer, lovverk og andre dokumenter som retningslinjen baserer sine anbefalinger på.

Forkortelser og sentrale begrep brukt i retningslinjen

Forkortelser

AUDIT	Alcohol Use Disorder Identification Test - et standardisert spørreskjema for å avdekke alkoholproblemer
BZD	Benzodiazepiner – beroligende og søvngivende, vanedannende legemidler
DPS	Distriktspsykiatrisk senter
DUDIT	Drug Use Disorder Identification Test – standardisert spørreskjema for å avdekke rusmiddelproblemer
EKUP	Enhet for Kognitiv Utviklingspsykologi ved psykologisk institutt, UiO
FAS/FASD	Føtalt alkoholsyndrom/Fetal Alcohol Spectrum Disorder – det karakteristiske syndromet med svikt i mange organsystemer som barn som har vært eksponert for alkohol i svangerskapet kan få
FAE	Føtale alkoholeffekter – tilsvarende FASD, men uten påfallende ansiktstrekk
GA	Gestational age, svangerskapets lengde, måles i svangerskapsuker
HF	Helseforetak
HIV	Humant immunsviktvirus – viruset som forårsaker AIDS
HOD	Helse- og omsorgsdepartementet
LAR	Legemiddelassistert rehabilitering
MOTHER	The Maternal Opioid Treatment: Human Experimental Research - et multisenter forskningsprosjekt med randomisert design som sammenlikner metadon og buprenorfin i svangerskapet
NAS	Neonatal abstinenssyndrom – abstinenssyndromet med symptomer fra mange organsystemer som mange nyfødte utvikler etter å ha vært eksponert for opioider i svangerskapet
PTSD	Posttraumatisk stress disorder
RCT	Randomized Controlled Trial – randomisert kontrollert forsøk
RHF	Regionalt helseforetak
Seraf	Senter for rus- og avhengighetsforskning ved Universitetet i Oslo
SF-mål	Symfyse-fundus mål – brukes som et mål på fosterets vekst ved svangerskapskontroller
SIDS	Sudden Infant Death Syndrome - plutselig spedbarnsdød

SIRUS	Statens senter for rusmiddelforskning
SSRI	Selektive serotonin reopptakshemmere – en gruppe antidepressive medikamenter
TSB	Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk
WHO	World Health Organization – Verdens helseorganisasjon

Sentrale begrep

Agonist – En opioid agonist er et stoff som i høy grad binder seg til virkestedene for opioider i hjernen og dermed gir kraftig virkning. Eksempler er heroin, morfin og metadon.

Antagonist – En opioid antagonist er et stoff som binder seg til og blokkerer alle virkestedene for opioider i hjernen, og dermed hindrer virkning av opioider. Eksempler er naltrekson og naloksone. Buprenorfin er en partiell (delvis) antagonist/agonist som delvis blokkerer for virkningen av andre opioider.

Epikrise – Rapport til henvisende lege/annet helsepersonell etter et sykehusopphold eller etter undersøkelse/behandling ved en poliklinikk eller hos en privatpraktiserende spesialist.

Interaksjon – Hvordan virkningen av et legemiddel påvirkes av et annet.

Intravenøst inntak – Inntak med sprøyte direkte i blodbanen.

Kommunal rustjeneste – Brukes som begrep uavhengig om den er organisert under NAV eller som et eget kommunalt rusteam.

Komorbiditet – Samtidig forekomst av flere sykdommer.

Legemiddelkonsentrasjon – Konsentrasjonen av et legemiddel i blodet. Den samme dosen gitt til forskjellige personer kan gi forskjellige legemiddelkonsentrasjoner.

Opioid – Fellesbetegnelse på stoffer som kan binde seg til bestemte virkesteder i kroppen, opioidreseptorer, særlig i hjernen.

Plasmakonsentrasjon – Mål på konsentrasjonen av et legemiddel i blodplasma.

Retensjon – Med "retensjon i behandling" menes hvor stor andel/prosent av en pasientgruppe som blir værende i behandling etter en viss periode, vanligvis ett år.

Reseptor – Proteiner i hjernen som molekylene fra bestemte stoffer binder seg til og virker gjennom. Det finnes en rekke opioidreseptorer.

Resoriblett – Tabletter som legges under tungen og suges opp gjennom slimhinnen i munnhulen.

Serum – Blodvæske, flytende bestanddel av blod etter at både blodceller og koaguleringsstoffer er fjernet, den klare, gulaktige væsken som utskilles når blodet levrer seg.

Substitusjonsbehandling – Behandlingsmetode for rusmiddelavhengighet der det rusmiddelet som pasienten er avhengig av, erstattes av et liknende middel med lengre virkningsperiode som i større grad muliggjør stabilisering av pasienten. Ved opioidavhengighet erstattes f.eks. heroin med metadon eller buprenorfin.

1 Mandat, målsetting og bakgrunn

1.1 Mandat

Målet med denne faglige retningslinjen er å gi tydelige og kunnskapsbaserte anbefalinger for behandling og oppfølging av gravide LAR-pasienter under svangerskapet, ved sykehusoppholdet i forbindelse med fødselen og for oppfølging/behandling av barnet og familiene frem til skolealder. Gjennom utarbeidelsen av retningslinjen har målet vært å komme frem til klare nasjonale anbefalinger. Prosjektgruppen har vært sammensatt slik at brukerperspektivet og forskjellige yrkesgrupper representert fra ulike nivåer i tjenesteapparatet og fra ulike deler av landet har bidratt med sine kliniske erfaringer og synspunkter. Retningslinjen gir anbefalinger for hele pasientforløpet og omfatter flere områder innen både førstelinjetjeneste (helse, sosial, barnevern) og spesialisthelsetjeneste (fødselshjelp, nyfødtdisin, barne- og ungdomspsykiatri og rusbehandling) og disse tjenestenes rolle og ansvar.

1.2 Pasientmålgruppe

Kvinner som er i LAR i graviditeten og andre opioidavhengige kvinner og deres partnere, samt familier som har barn som har vært eksponert for metadon eller buprenorfin i fosterlivet.

1.3 Målsetting med oppfølging av barn og familier

Hovedmålsettingen er at familien skal få en individuelt tilpasset, kunnskapsbasert, faglig forsvarlig og respektfull oppfølging fra hjelpeapparatet, slik at et optimalt utviklingsforløp og en trygg omsorgssituasjon sikres for barnet og familien.

Et optimalt utviklingsforløp for familien og en trygg omsorgssituasjon for barnet kan oppnås gjennom

- å sikre at disse barna får den oppfølgingen de trenger, slik at eventuell skjevutvikling og problemer kan følges opp så tidlig som mulig
- å sikre individuell tilrettelegging av oppfølging ut fra barnets tilstand, familiens forutsetninger og sosiale situasjon, samt utformingen av det lokale hjelpeapparatet
- å gi foreldrene nødvendig opplæring og bistand
- at familiene blir ivaretatt på en faglig forsvarlig og respektfull måte av hjelpeapparatet
- å tilstrebe stabilitet og kontinuitet i oppfølgingen slik at færrest mulig personer er involvert
- at oppfølgingen ikke belaster foreldrene og barnet unødig
- å sikre familiens økonomiske og sosiale situasjon, samt finansiering av nødvendige tiltak som for eksempel institusjonsplasser og støttetiltak
- å fokusere på familiens nettverk, og eventuelt sette inn tiltak for å styrke dette

For å oppnå dette blir det nødvendig:

- å gi adekvat opplæring til helsepersonell, barnevernsansatte samt andre aktuelle yrkesgrupper
- å arbeide tverrfaglig og tverretatlig for å sikre nødvendig og tilstrekkelig samhandling mellom de forskjellige aktørene

1.4 Målgrupper

Målgruppene for retningslinjens anbefalinger er:

- ansatte i helse-, barnevern- og sosialtjenesten i kommunen og ansatte i spesialisthelsetjenesten som har med denne pasientgruppen å gjøre
- pasienter i LAR og rusmiddelavhengige pasienter, samt deres pårørende
- beslutningstakere på kommunalt og statlig nivå

2 Hva vet vi om denne pasientgruppen?

Kunnskapsgrunnlaget i denne retningslinjen suppleres av 3 kunnskapsinnhentinger: Nasjonalt kunnskapssenters oppsummering (2), Aamo/Spigsets oppsummering om amming og LAR-medikament (3), samt Helsedirektoratets egen oppsummering av internasjonale funn når det gjelder barn (kap.10.3).

2.1 Internasjonal bakgrunn

Da vedlikeholdsbehandling med metadon ble innført av legene Vincent P. Dole og Marie Nyswander i New York tidlig i 1960-årene, var det et gjennombrudd i behandlingen av opioidavhengige pasienter (4).

Gravide opioidavhengige har i flere land blitt tilbudt vedlikeholdsbehandling med metadon siden tidlig i 1970 årene. Rundt en tredjedel av pasientene i vedlikeholdsbehandling (LAR) i Norge er kvinner, de fleste i fruktbar alder.

Metadonbehandling av gravide reiste fra første stund medisinske, juridiske og etiske spørsmål. Gjennom det første tiåret ble metadonbehandling i økende grad en akseptert terapeutisk strategi for gravide opioidavhengige kvinner, til tross for manglende vitenskapelig dokumentasjon for kort- og langsiktige effekter av metadon hos moren, fosteret og den nyfødte.

I løpet av 1970-, 1980- og 1990-årene ble metadonbehandling av gravide i økende grad legitimert gjennom vitenskapelige studier. De tidlige studiene viste at nyfødte eksponert for metadon, var født nærmere termin og hadde høyere fødselsvekt og færre komplikasjoner enn nyfødte som var eksponert for heroin under graviditeten (5-8). Pionerprogram som "Family Centre" i Philadelphia (9), "Center for Addiction and Pregnancy" (CAP) ved Johns Hopkins universitetssykehus i Baltimore (10;11), "Pregnant Addicts and Addicted Mothers" (PAAM) i New York og G. Fischers klinikk ved universitetssykehuset i Wien (12) viste at det både var medisinsk forsvarlig, hensiktsmessig og kostnadseffektivt å gi omfattende tverrfaglig psykososial og medikamentell behandling til gravide opioidavhengige pasienter.

Vedlikeholdsbehandling av gravide med medikamentet buprenorfin har en kortere historie. Den første artikkelen om bruk av buprenorfin i graviditeten kom fra Østerrike i 2000 (13). I Frankrike er behandling med buprenorfin den vanligste vedlikeholdsbehandlingen og større kohorter er beskrevet (14). Etterhvert har det kommet randomiserte, kontrollerte studier som sammenlikner effekten av metadon og buprenorfin i graviditeten (15-17).

I verdens helseorganisasjons (WHO) retningslinjer anbefales vedlikeholdsbehandling med metadon for gravide som er opioidavhengige (18). I forbindelse med at WHO utarbeidet retningslinjer for psykososialt støttet medikamentell behandling av opioidavhengighet (18), gjennomgikk Fischer fra universitetet i Wien litteraturen for gravide og medikamentstøttet

behandling (19). Den østerrikske gruppen skrev også to andre oppsummeringsartikler (20;21), hvor det konkluderes med en rekke kunnskapsbaserte anbefalinger knyttet til graviditet og nyfødtp periode.

Forskerne som står bak multisenterprosjektet MOTHER, som er en randomisert, kontrollert studie av effekten av metadon og buprenorfin i graviditet, har oppsummert de kliniske og forskningsmessige spørsmålene knyttet til gravide med opioidavhengighet (22). De første artiklene fra studien gir viktig kunnskap på dette området (17;23-26). Det finnes også en Cochrane-oppsummering om vedlikeholdsbehandling i graviditet fra 2008 (27). Wang oppsummerte i 1999 litteraturen knyttet til metadonbehandling i graviditeten (28).

Jansson fra Johns Hopkins i Baltimore har skrevet oppsummeringsartikler om behandling av neonatal abstinenssyndrom (NAS) (29) og om amming og metadon (30). Hunt oppsummerte i 2007 funn hos barn etter opiateksponering i fosterlivet (31), en artikkel som ble imøtegått av Jones (32). Kostnadsvurdering rundt behandling av gravide med rusmiddelproblemer har vært fokusert blant annet ved Johns Hopkins sykehuset i Baltimore (33). Kaltenbach oppsummerer flere problemstillinger knyttet til denne retningslinjen i 2007 (34). Lundgren oppsummerte mange aspekter knyttet til temaet og vurderte også oppfølgingstudier (35).

I mange land har belønningssystemer etter hvert blitt brukt for å få pasienter til å møte til behandling, alternativt til å holde seg rusfri (36;37). Dette har også blitt forsøkt med gravide i metadonbehandling. Andre metoder for å motivere gravide til behandling har også vært forsøkt (38-40).

Våren 2011 publiserte Konijnenberg ved psykologisk institutt i Oslo en review-artikkel om mulige effekter av metadon og buprenorfin på kognitive funksjoner (41).

Nordiske studier om metadon og buprenorfin i svangerskapet kommer fra Sverige (42;43), Danmark (44) og Finland (45-49), i tillegg til Norge.

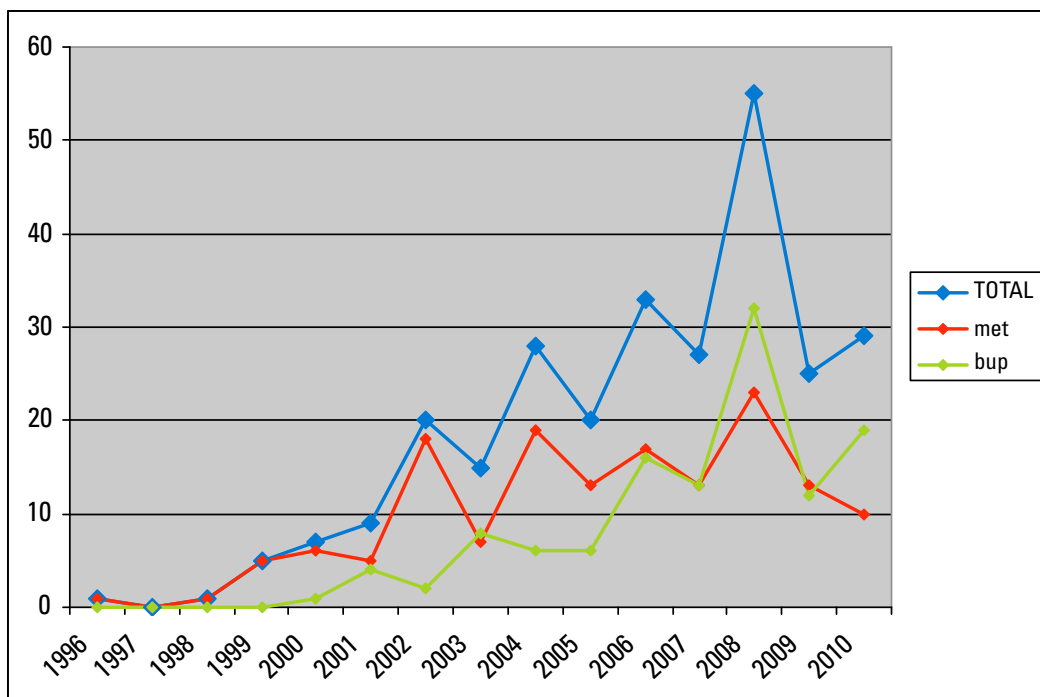
2.2 Hva er situasjonen i Norge?

2.2.1 Antall barn født av mødre i LAR

Pr 1.1.2011 regner vi med at det i Norge er født ca. 300 barn av kvinner som har brukt metadon eller buprenorfin i svangerskapet. Fig.1 viser utviklingen og antallet barn født av kvinner i LAR årlig, totalt og fordelt på metadon- og buprenorfineksponerte nyfødte. Tallene er minimumstall, da ingen eksakt oversikt er tilgjengelig. Imidlertid er det neppe store mørketall, da figuren under er et estimat basert på informasjon fra Senter for rus- og avhengighetsforskning (Seraf) og Medisinsk fødselsregister. Vi ser at det fra 2007 har skjedd en endring ved økende bruk av buprenorfin i graviditet. Videre ser vi en økning i antall med ca. 55 barn født i 2008 som foreløpig topp, mens tallene for 2009 og 2010 er lavere.

Ut fra det vi vet i dag vil vi i årene som kommer, kunne forvente at det blir født mellom 30 og 60 barn årlig i Norge som har vært eksponert for metadon eller buprenorfin i fosterlivet.

Fig.1. Antall barn født av kvinner i LAR i Norge fra 1996 – 2010* basert på tall fra Seraf og Medisinsk fødselsregister



*Antallet i 2010 er basert på foreløpige tall fra Medisinsk fødselsregister

Kvinnene og barna bor over hele landet, med en geografisk fordeling som stort sett tilsvarer den for pasientene i LAR generelt.

2.2.2 Norske undersøkelser

Vi vet ennå for lite om hvordan det går med kvinner som blir gravide i LAR og barna deres på sikt. Utviklingen til barna og familiene vil også påvirkes av hvilken oppfølging som gis og kvaliteten på denne oppfølgingen. I dette kapitlet vil vi redegjøre for de norske undersøkelsene som er gjort, samt pågående norsk forskning. Funnene fra de norske studiene må tolkes med forsiktighet, da studiene er relativt små. Dette gjelder forøvrig også de aller fleste utenlandske undersøkelsene. Den pågående norske forskningen følges med interesse fra utenlandske forskere, da vår nasjonale oppfølgingsstudie er omfattende også sett i et internasjonalt perspektiv.

I Oslo har det foregått forskning på denne gruppen siden 2002 og forskningsaktiviteten er nå koordinert av Senter for rus- og avhengighetsforskning (Seraf) ved Universitetet i Oslo.

Den første undersøkelsen av pasientgruppen ble foretatt av Welle-Strand ved LAR ØST i 2004. Det var en retrospektiv (tilbakeskuende) undersøkelse og omfattet 56 barn født av 51 kvinner i LAR fra hele Norge mellom 1996 og 2003. 42 av barna var eksponert for metadon, 14 for buprenorfin (50).

Den andre undersøkelsen er foretatt ved Seraf. De 38 inkluderte mødre, som fikk barn i

2005 og 2006, utgjør over 80 % av de norske LAR-mødrene som fikk barn disse årene. Dette er en prospektiv studie (følger gruppen fortløpende) med en kontrastgruppe som utgjøres av godt fungerende kvinner og deres barn. 26 av barna i studiegruppen var eksponert for metadon, 12 for buprenorfin. Den første artikkelen kom i 2009 (51) og var skrevet av Bakstad og omhandler bl.a forekomst og alvorlighetsgrad av abstinenser hos de nyfødte. Den andre artikkelen fra den prospektive studien er skrevet av Sarfi og omhandler en studie av søvn- og våkenhetsmønstre hos de 38 barna. Disse barna er sammenliknet med en gruppe barn født av kvinner uten kjente belastninger (52).

Ytterligere tre artikler fra den prospektive kohorten er nylig publisert eller akseptert for publisering. Den ene omhandler kvinnen og mannens bruk av rusmidler i svangerskapet og ett år etter fødsel (53), den andre er om psykologisk stress hos foreldrene under og etter svangerskapet (54) og den siste omhandler samspillet mellom de 6-måneders gamle babyene og deres mødre (55).

Ved Seraf pågår det en fortløpende oppfølgingsstudie av de 38 mødrene og barna fra 2005 og 2006. Disse barna er fulgt tett fra fødselen med undersøkelser i svangerskapet og ved 3, 6 og 12 måneders alder. Det er også innhentet en rekke data fra da barna var 2 og 4 år gamle. 4-årsundersøkelsen skjer i regi av Enhet for kognitiv utviklingspsykologi (EKUP) ved psykologisk institutt i samarbeid med Seraf, UiO. I tillegg pågår det et forskningsprosjekt ved Seraf hvor hele den nasjonale kohorten av 139 mødre/161 barn fra 1996-2009 undersøkes for forhold i svangerskapet og ved fødsel. Det er også planlagt en oppfølgingsundersøkelse i 2013 av de barna/familiene i undersøkelsen som er født fra 2004 til 2008, det vil si ca. 100 barn og deres familier.

Ved Haukeland universitetssykehus har Sandtorv foretatt en retrospektiv undersøkelse. Undersøkelsen omfatter 15 barn født av 10 mødre fra 1998 til og med 2005. 11 barn ble eksponert for metadon, 4 for buprenorfin (56).

Det er viktig å følge utviklingen til barn født av kvinner i LAR og deres familier i Norge over tid. Dette er komplisert forskning, da en rekke andre forhold enn eksponering for LAR-medikament i graviditeten vil påvirke barna. I tillegg til arv vil mors helsetilstand og ernæring og mors bruk av rusmidler og medikamenter, inkludert nikotin påvirke barna. Mors og fars fysiske og psykiske helse, barnets tilstand, kjønn og temperament er andre faktorer som påvirker barnets utvikling og kvaliteten på samspillet mellom foreldre og barn. Samtidig vil foreldrenes forutsetninger for å møte barnets behov og deres øvrige ressurser variere. Det tidlige samspillet vil være mer utfordrende hvis barnet har abstinensplager og/eller andre medfødte vansker som følge av forhold i svangerskapet. Hvorvidt barnet har blitt og/eller blir eksponert for nikotin eller rusmidler er andre risikofaktorer. Barnets utvikling er en prosess der barnet endres i samspill med omgivelsene, samtidig som barnet med sine individuelle karakteristika også påvirker og endrer sine omgivelser. Her er det med andre ord ingen enkle sammenhenger, men komplekse interaksjonseffekter mellom barna og mødrene og fedrenes gjensidige bidrag over tid.

En nylig publisert norsk artikkel har sett på hva man vet om årsakene til at det er så stor variasjon i utfall hos barn og unge som har vokst opp med rusmisbrukende foreldre og hvilke beskyttende faktorer som kan være av betydning (57).

2.2.3 Hva kjennetegner mødrene?

Kvinnene i Welle-Strands undersøkelse (50) var i gjennomsnitt 32 år, 59 % av kvinnene hadde barn på forhånd, fra ett til fire barn hver. 77 % av kvinnene var i LAR da de ble gravide og hadde vært i LAR 19 måneder. 11 kvinner (ca. 20 %) startet LAR i graviditeten. I Bakstads undersøkelse (51) hadde kvinnene i gjennomsnitt ni (metadongruppen) og syv år (buprenorfingruppen) med opioidmisbruk bak seg før oppstart av LAR. Kvinnene var ved fødsel 32 år, og hadde gjennomsnittlig vært 2,5 år i LAR før de ble gravide. Kun tre pasienter startet LAR i graviditeten. Tendensen i Norge er med andre ord at stadig færre starter med substitusjonsbehandling i graviditeten, og at de fleste har vært en god stund i LAR før de blir gravide. Ofte har kvinnene lagt rusmiddelmisbruket bak seg og er godt i gang med sin rehabilitering. I mange studier fra andre land har de fleste kvinnene startet med metadon eller buprenorfin i graviditeten og har et misbruk ved siden av substitusjonsbehandlingen (58;59).

Gravide kvinner i LAR misbruker i liten grad rusmidler. I Welle-Strands undersøkelse hadde 75 % negative urinprøver siste måned før fødsel. I Bakstads undersøkelse hadde to av kvinnene inntak av opioider, to av alkohol, syv av benzodiazepiner, en av amfetamin og to av cannabis de siste tre månedene før fødsel. Alle unntatt én av kvinnene røykte daglig gjennom hele svangerskapet. I Sandtorvs (56) undersøkelse er det angitt at åtte av barna i noen grad ble eksponert for rusmidler. Det er ikke angitt om det dreier seg om enkeltinntak eller gjentatt bruk av rusmidler/medikamenter.

Gravide kvinner i LAR i Norge bruker relativt høye doser av LAR-medikamentet sammenliknet med andre land, selv om mange trapper ned på medikamentet under graviditeten. I Welle-Strands undersøkelse var gjennomsnittlig metadondosering 98 mg før graviditeten ble påvist, og ved fødsel var den 93 mg. Konsentrasjonen av metadon i serum var gjennomsnittlig henholdsvis 706 nmol/l før graviditet og 505 nmol/l i siste serumprøve før fødselen. Referanseområdet for metadon i serum er 600 til 1200 nmol/l. I Bakstads undersøkelse hadde metadongruppen en gjennomsnittlig dosering på 90 mg, mens kvinnene som brukte buprenorfin, hadde en gjennomsnittlig dosering på 13 mg ved fødsel.

Kvinner i LAR som får barn har som gruppe en bakgrunn med en rekke andre tilleggsproblemer enn rusmiddelmisbruk. Det er en betydelig overhyppighet av somatisk og psykisk sykkelighet blant LAR-pasienter (20). En undersøkelse foretatt av Lund ved Seraf viser at livstidsforekomsten av psykiatriske problemer målt ved EuropASI var betydelig både blant kvinnene og deres partnere før oppstart av LAR. I graviditetens siste trimester og ett år etter fødsel var det en betydelig reduksjon i forekomsten av psykiske problemer hos både kvinnene og deres partnere (54).

Mange av kvinnene har et mangelfullt støttende nettverk og generelt lav sosioøkonomisk status. Familiene har ofte en forhistorie med oppfølging fra hjelpeapparatet, ofte helt fra barnevernsoppfølging i barne- og ungdomsalder. En del av kvinnene og mennene har barn fra før som barnevernet har overtatt omsorgen for. Ut fra disse erfaringene kan familiene oppleve det som vanskelig/komplisert å ha tillit til hjelpeapparatets tilbud om oppfølging og hjelpetiltak.

2.2.4 Hvordan går det med barna?

Barn eksponert for metadon og buprenorfin

Fødselsdataene fra Welle-Strands (50) undersøkelse viste en gjennomsnittlig svangerskapslengde på 38 uker og en gjennomsnittlig fødselsvekt på 2930 g. Omtrent halvparten av de nyfødte eksponert for LAR-medikament trengte medikamentell behandling for NAS med en gjennomsnittlig behandlingstid på 46 dager for metadoneksponerte barn og 31 dager for buprenorfineksponerte barn. Fødselsdataene fra Bakstads (51) undersøkelse viste at fødselsvekten var nær gjennomsnittet for en populasjon røykende mødre: 3150 g for metadongruppen og 3130 g for buprenorfingruppen.

Medikamentkrevende NAS forekom hos 58 % av de metadoneksponerte og 67 % av de buprenorfineksponerte nyfødte i den prospektive undersøkelsen. De fikk behandling i henholdsvis 43 dager og 37 dager. Man fant ingen (statistisk) signifikant sammenheng mellom mors dosering av metadon/buprenorfin i svangerskapet og forekomst eller lengden på NAS-behandling hos den nyfødte.

Welle-Strands undersøkelse viser at en stor del av barna bodde sammen med biologisk mor/far da de i gjennomsnitt var 2 år gamle (0,2 til 8 år). For de 56 barna var situasjonen slik:

- 21 barn bodde sammen med biologisk mor og far
- 17 bodde hos biologisk mor alene
- 1 barn bodde hos biologisk far
- 13 av barna bodde i fosterhjem
- 2 av barna var døde
- for 2 barn var situasjonen ukjent

85 % av mødrene som hadde omsorgen for barnet sitt, hadde ingen tegn til bruk av rusmidler, mens 13 % brukte benzodiazepiner (ikke oppgitt om det var forskrevet).

Av de 38 barna som ble født i 2005 og 2006, er det fem barn som pr. februar 2011 var omsorgsovertatt (personlig meddelelse Monica Sarfi).

Plutselig spedbarnsdød

Sandtorvs undersøkelse (56) rapporterer om to tilfeller av plutselig spedbarnsdød i en studie som omfatter 15 barn. Dette er de samme dødsfallene som Welle-Strand også rapporterer om (50). Begge barna er født av samme mor. De to dødsfallene er også de eneste dødsfallene vi vet om blant de ca. 300 barna født av norske kvinner i LAR. Dødelighet er som kjent umulig å beregne i utvalg med få barn, ettersom plutselig spedbarnsdød forekommer sjeldent. Det finnes noen befolkningsstudier som tyder på en liten økning av sjansen for plutselig spedbarnsdød hos barn som har vært eksponert for metadon i fosterlivet (60-63).

Barnas helsetilstand

I Sandtorvs undersøkelse er barna gjennomsnittlig fulgt til de er 30 måneder gamle. Fem av barna ble plassert i fosterhjem. Seks av barna hadde normal psykomotorisk utvikling, men tre av disse hadde strabisme (skjeling) (64-66). To av barna hadde symptomer på ADHD. Når det gjelder utviklingen til de åtte barna født etter uke 37, hadde samtlige

normal mental utvikling, finmotorikk og hørsel. To av barna hadde avvik med språk og syn, tre med grovmotorikk og fire hadde atferdsmessige avvik. Undersøkelsen omfattet to tvillingpar, hvorav det ene var født før 28. uke. Tvillinger og tidlig fødte barn har også uten medikamenter i svangerskapet økt risiko for problematisk utvikling.

Erfaringer fra Aline barnevernsenter, som siden 1996 har tatt imot barn av mødre i LAR, viser at foreldre som har kommet langt i sin rehabilitering, er mer mottagelige for råd og veiledning i barselperioden. De er opptatt av å hjelpe barnet i abstinensfasen og ønsker oppfølging etter utskrivning fra senteret. Tilbudet om poliklinisk oppfølging ved senteret er en viktig ressurs for kvinnene ved at både de selv og hjelpeapparatet får tilbakemelding om barnets utvikling. På denne måten kan tiltak rundt barna skreddersys etter behov. Tidlig intervensjon har vist seg å være en viktig faktor for å forutsi barnas utvikling. Likevel ser man ikke sjelden lærevansker og atferdsproblemer i skolen hos flere av disse barna, uavhengig av om de bor hos biologiske foreldre eller i fosterhjem.

I den prospektive undersøkelsen av barn født i 2005 og 2006 ble søvn, våkenhet og uro undersøkt da barna var ca. tre måneder gamle (52). Hvis barna har reguleringsvansker, blir disse funksjonene rammet. Resultatene viste ingen forskjell mellom barn i LAR-gruppen og kontrollgruppen på noen av målene som ble brukt som indikatorer på reguleringsvansker. Kontrollgruppen kan også benevnes som en kontrastgruppe, da foreldrene i all hovedsak er velfungerende og utdannet med høy sosioøkonomisk status.

I 6 månedersalder er det funnet gruppeforskjeller når det gjelder barnas prestasjon målt ved en sensorisk integreringstest (mødrenes psykiske helse og opplevelse av omsorgsrelatert stress)(55). På samspillvariabler, særlig på sensitivitet og forstyrrelse, er det også forskjeller mellom LAR-gruppen og kontrollgruppen. Det ser ut til at mødrenes opplevelse av mestring av omsorgsrollen samt barnets grad av sårbarhet er bestemmende for samspillet kvaliteten når barnet er 6 måneder. Forskjellene i samspill gjenfinnes også i dataene når barnet er 1 år. Modererende og medierende faktorer på dette alderstrinnet er barnets evne til regulering, temperament og foreldrenes omsorgsrelaterte stress. Det ser også ut til at barn av kvinner i LAR har en høyere grad av rapporterte atferdsproblemer når barna er 2 og 3 år gamle enn sammenligningsgruppen, men likevel har de færreste problemer i en grad som krever klinisk intervensjon/behandling.

Vårt kunnskapsgrunnlag er mangelfullt når det gjelder utviklingen til barn eksponert for metadon eller buprenorfin i svangerskapet. Kunnskapssenterets gjennomgang fra høsten 2008 inkluderte ingen studier som fulgte opp barna etter fødselen (2). I den forrige norske kunnskapsgjennomgangen til Senter for Medisinsk Metodeforskning gikk man gjennom en rekke studier hvor utviklingen til barn som var eksponert for metadon gjennom svangerskapet ble sammenliknet med andre grupper barn (67). Totalt ble 1260 barn fulgt opp i disse studiene. De fleste av disse studiene er omtalt i vedlegg 3. Studiene viser ingen systematisk effekt av metadon på utvikling og intelligens. Enkelte av studiene viser noe forskjell mellom metadoneksponerte barn og kontrollgruppen, men de fleste studiene viser at barna har skåringsverdier som ligger innenfor normalområdet på de forskjellige testene.

Flere av studiene påpeker at det er vanskelig å skille ut metadoneksponering under graviditet som miljøpåvirkningsfaktor hos barn som bor sammen med foreldre som lever i

en ustabil livssituasjon. De utenlandske studiene baserer seg på gravide som i langt større utstrekning enn tilsvarende kvinner i Norge, har et betydelig inntak av rusmidler ved siden av metadonbehandlingen.

Norske oppfølgingsstudier av barn eksponert for rusmidler i graviditet

Den tidligste undersøkelsen fra Norge er av 40 gravide rusmiddelmissbrukere som fødte ved Kvinneklubben på Ullevål sykehus i 1980-82 (68). Sundfær fulgte opp 31 kvinner med rusmiddelproblemer som fødte på Ullevål sykehus i 1982-1983. Mødrene fikk beholde barnet ved fødselen fordi de greide å slutte med rusmidler mens de var gravide. Barna ble undersøkt da de var to år (69), åtte år (70), femten år (71;72), tjue år (73) og 25 år (74).

I Norge vises det ofte til studiene til Vibeke Moe og Kari Slinning (75-77). De fulgte opp en gruppe på 78 ruseksponerte barn av mødre som i hovedsak hadde et blandingsmisbruk med en rekke forskjellige rusmidler under graviditeten. Disse barna er fulgt opp i en rekke år. Tre fjerdedeler av barna ble fosterhjemsplassert innen de hadde fylt et år, de fleste av disse fra fødselen av. Barna hadde vært utsatt for en rekke forskjellige rusmidler og medikamenter i svangerskapet. En studie om morfologiske hjernekjennetegn (utseende) ble undersøkt hos en liten gruppe av disse barna (78).

Fra Haukeland sykehus kom det i 2009 en artikkel om kognitiv fungering hos barn som har vært eksponert for rusmidler og medikamenter i fosterlivet. Studien sammenlikner barn i alderen 4 til 14 år med FASD/FAE og barn som har vært eksponert for andre rusmidler eller medikamenter i fosterlivet. Undersøkelsen viser at eksponering for alkohol i fosterlivet har den største effekten på IQ, mens oppmerksomhetsproblemer er vanlig i alle de tre gruppene (79).

Kerstin Söderström har studert gravide kvinner og deres partnere mens de har vært innlagt på institusjon i TSB under svangerskapet (80-83).

Det er betydelige problemer med å overføre kunnskap fra studier hvor kvinnen har brukt rusmidler under graviditet til barn født av kvinner i LAR i Norge. Kvinner i LAR er stabilisert og har en jevn dosering av et medikament med lang halveringstid. Fosteret har derfor ikke blitt utsatt for livsstilen som et rusliv medfører eller svingninger i nivåer av rusmidler/legemidler avhengig av tilgang og virketid.

2.3 Kunnskapsmangler og forskningsbehov

Bakgrunn

De siste årene er det satt i gang en god del forskning rundt denne pasientgruppen i Norge, først og fremst ved Seraf og Haukeland universitetssykehus (se 2.2.2). Norge egner seg godt for denne typen forskning, både fordi vi har god oversikt over familiene, og fordi mødrene (og fedrene) i stor grad er rusfrie gjennom svangerskapet og småbarnsperioden.

Vurdering

Det er viktig at forskning på denne gruppen fortsetter, og at man satser på langtidsoppfølging av de kohortene som nå er etablert. Forskning med langtidsperspektiv

bør prioriteres, slik at man får mer kunnskap om hvordan det går med barn og foreldre på lang sikt. Kvalitative studier som fokuserer på familiens opplevelser av egen situasjon er viktig å igangsette. Det er også viktig at det settes i gang forskning som undersøker effekten av nedtrapping under graviditet.

Anbefalinger

1. *Forskning på gravide i LAR og barn eksponert for LAR-medikament i svangerskapet og deres familier bør prioriteres. Særlig bør undersøkelser med oppfølging over lang tid vektlegges, samt kvalitative studier som fokuserer på hvordan familiene opplever nytten av de tiltakene som iverksettes. Klinisk forskning på nedtrapping av LAR-medikament under graviditet bør settes i gang. **D***
2. *Det bør etableres en nasjonal rapporteringsrutine for fødsler i LAR. Det vil gjøre det mulig å få evaluert arbeidet med disse familiene og også implementeringen av denne retningslinjen. **D***

3 Metode i retningslinjearbeidet

3.1 Hva er en faglig retningslinje?

Helsedirektoratets faglige retningslinjer gir uttrykk for hva direktoratet anser som god praksis på utgivelsestidspunktet. Faglige retningslinjer er i prinsippet anbefalinger og råd og skal bygge på god, oppdatert faglig kunnskap. Retningslinjene er ment som et hjelpemiddel ved de avveininger tjenesteytere må gjøre for å oppnå forsvarlighet og god kvalitet i tjenesten.

Faglige retningslinjer er ikke direkte rettslig bindende for mottakerne, men bør langt på vei være styrende for de valg som skal tas. Ved å følge oppdaterte faglige retningslinjer vil fagpersonell bidra til å oppfylle kravet om faglig forsvarlighet i lovverket. Dersom man for en eller flere pasienter velger løsninger som i vesentlig grad avviker fra de faglige retningslinjene, bør avviket dokumenteres og begrunnes i journal (84).

3.2 Prosjektgruppe

Prosjektgruppen for retningslinjearbeidet hadde sitt første møte i oktober 2007. Prosjektgruppen har hatt i alt 16 møter. I tillegg var prosjektgruppen på en studietur til USA våren 2008.

Deltakere:

- | | | |
|--|---------------------------------------|---|
| • Helsedir, Avd psykisk helsevern og rus | Gabrielle Welle-Strand | lege/ leder av gruppen |
| • Helsedir, Avd psykisk helsevern og rus | Herdis Dugstad/
Brittelise Bakstad | kriminolog
mastergr. helsefagvitenskap |
| • Pediatr (Oslo USS) | Lisa Bjarkø | lege Oslo |
| • Fastlege | Marit Hermansen | lege Grue |
| • Aline Barnevernsenter | Ellen Falck | bv.pedagog Oslo |
| • Svangerskapsoppfølging | Liv Hilde Lothe | jordmor Trondheim |
| • Fødselsmedisiner | Marte Jettestad | lege Tønsberg |
| • Lade behandlingssenter | Kristin Tømmervik | psykolog Trondheim |
| • Borgestad beh.senter | Egil Nordlie | lege Skien |
| • Forskning(Seraf) | Monica Sarfi | psykolog Oslo |
| • BUP | Jan Egil Wold | lege Levanger |
| • Sosialsenter/komp.senter | Anne Christine Moberg | sosionom Asker/Korus Øst |
| • Bufetat/fagteam | Anne Kristin Kleiven | sosionom Førde |
| • LAR-mor | Ida Olsen | brukerrepr. Kristiansand |
| • LAR-senter | Kari Storetvedt | lege Bergen |
| • BUF-dir | Fride Rudi/Ellen Kartnes | barnevernspedagoger |
| • 1. linje barnevern | Birthe Holm | sosionom Sandnes |

Prosjektgruppen har innhentet råd fra eksterne konsulenter når det har blitt vurdert hensiktsmessig. Prosjektgruppens ansvar har blant annet vært:

- å vurdere kunnskapsoppsummeringen fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, samt finne frem annen relevant norsk og internasjonal litteratur
- å bidra med egen, klinisk erfaring
- å vurdere effekten av ulike behandlingstiltak og samarbeidsformer
- å foreslå anbefalinger

Prosjektgruppen har hatt en rådgivende funksjon for Helsedirektoratet i utarbeidelsen av retningslinjen. Det har vært arbeidet for å oppnå konsensus når det gjelder foreslåtte anbefalinger. Det var enighet om alle unntatt en av anbefalingene, hvor 5 av gruppens medlemmer tok dissens. Dissensen ble fremlagt sammen med høringsutkastet. Helsedirektoratet fastholder sitt opprinnelige forslag til anbefaling, da det ikke fremkom vesentlig ny kunnskap i høringsrunden.

Retningslinjen er ført i pennen av Brittelise Bakstad og Gabrielle Welle-Strand.

3.3 Referansegruppe

Det ble nedsatt to bredt sammensatte referansegrupper, den ene for svangerskap og fødsel, den andre for tiden etter fødsel. Referansegruppene besto av representanter for

- pasientorganisasjonene
- LAR-sentrene
- ruspoliklinikkene
- regionale helseforetak (RHF)
- sosialtjenesten/NAV
- spesialteam for gravide/spesialiserte helsestasjoner
- gynekologiske avdelinger (fødeavdelinger)
- pediatriske avdelinger
- rusinstitusjoner
- forskningssentre
- kompetansesentrene for rus
- interesseorganisasjoner
- fagforeninger
- barnevern på kommunalt, regionalt og nasjonalt nivå
- barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP)
- fylkesnemdsledere
- barnevernsinstitusjoner
- diverse nasjonale nettverk

Referansegruppene har vært rådgivende for Helsedirektoratet når det gjelder problem-beskrivelse og aktuelle foreslåtte tiltak. Referansegruppene har blitt invitert til to samlinger i løpet av prosjektperioden.

3.4 Oppstartskonferanse

Som en del av arbeidet med retningslinjen arrangerte Helsedirektoratet en konferanse i november 2007 med internasjonale og nasjonale eksperter på området. Hensikten med konferansen var å belyse viktige faglige spørsmål reist i Norge. Strukturen på konferansen var lagt opp slik at hvert tema ble belyst med innledning av én internasjonal og én norsk ekspert, etterfulgt av en plenumsdiskusjon. Rapporten finnes på www.helsedir.no.

3.5 NAS-rådslag/møter med barneavdelingene

Det har blitt arrangert to rådslag om behandling av Neonatalt Abstinens Syndrom (NAS) hos nyfødte. Helsedirektoratet foretok en undersøkelse høsten 2007 for å se på praksis for diagnostisering og behandling av NAS. Undersøkelsen viste betydelig variasjon i praksis mellom barneavdelingene. Vi innkalte derfor til rådslag med innledere fra USA og Norge i oktober 2008 for å drøfte problemstillinger. Et nytt rådslag ble arrangert i mai 2009, der man oppnådde enighet om hvordan NAS bør kartlegges og behandles.

Vinteren 2010 ble det arrangert et møte med sentrale barneavdelinger hvor temaet var spesialisthelsetjenestens oppfølging av barna etter utskrivning fra sykehuset.

3.6 Brukerrådslag

Høsten 2009 arrangerte vi et brukerrådslag hvor i alt 17 mødre og 3 fedre møtte for å diskutere det foreliggende retningslinjeforslaget.

3.7 Studietur

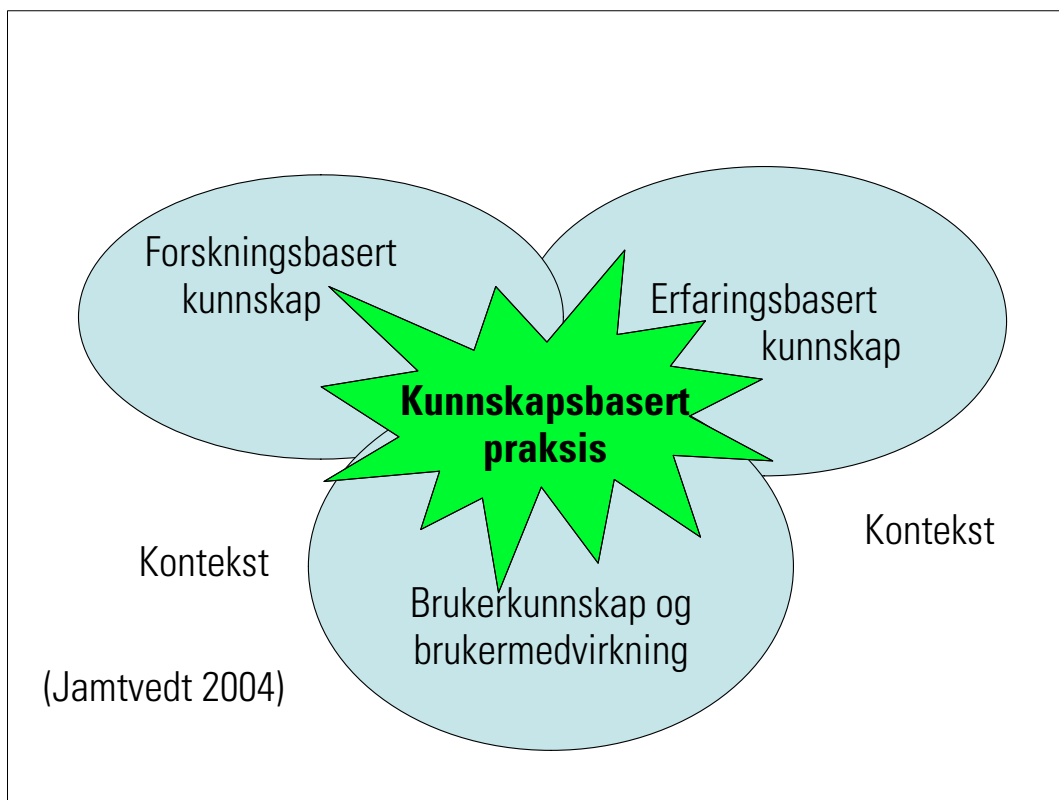
Det ble foretatt en studietur til byene Philadelphia, Baltimore og New York i mai 2008. Hensikten med turen var å vurdere ulike etablerte modeller for behandling og oppfølging av gravide. Prosjektene "MATER" i Philadelphia og "CAP" i Baltimore har arbeidet systematisk over mange år og har vært fulgt tett opp av forskere. Rapporten fra studieturen finnes på www.helsedir.no

3.8 Nettsted

For å sikre innsikt og mulighet for å bidra med synspunkter har retningslinjen hatt et eget nettsted på Helsedirektoratets hjemmesider, der relevante dokumenter og rapporter har vært lagt ut.

3.9 Forståelse av kunnskapsbegrepet

Helsedirektoratets faglige retningslinjer utarbeides etter en metode der anbefalingene er basert på en integrering av den tilgjengelige forskningsbaserte kunnskapen med pasientenes og klinikernes erfaringsbaserte kunnskap (se figur 2).



3.9.1 Kunnskapscenterets oppsummering (2)

Helsedirektoratet bestilte i 2006 en kunnskapsoppsummering av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten om effektene av medikamentell vedlikeholdsbehandling av gravide opioidavhengige kvinner. Det ble identifisert 1104 artikler. Etter vurdering av titler, sammendrag og artikler i fulltekst fant man 30 artikler som oppfylte inklusjonskriteriene. Følgende funn ble gjort:

- Det var ingen signifikante forskjeller mellom ulike doser metadon og NAS, gestasjonsalder eller fødselsvekt
- Det var ingen signifikante forskjeller i NAS i studier som sammenliknet metadon- og buprenorfinbehandling
- Flere kvinner i buprenorfinbehandling beholdt omsorgen for sine barn
- I kohortstudier (studier som følger en gruppe over tid) som sammenliknet metadonbehandling med ingen medikamentell behandling, gikk kvinnene som fikk metadonbehandling til flere svangerskapskontroller og beholdt omsorgen i større grad enn kvinner uten denne type behandling. Gjennomsnittlig fødselsvekt og gestasjonsalder var også høyere for de nyfødte barna til kvinner som fikk metadon. Barn eksponert for metadon i fosterlivet, hadde høyere forekomst av NAS og måtte behandles over lengre tid.

Dokumentasjonen ble på de fleste områder vurdert til å ha lav kvalitet, og studiepopulasjonene var gjennomgående små.

Det tilføyes at doseringsnivået av metadon/buprenorfin i de fleste studiene er lavere enn under norske forhold. De fleste kvinnene startet med medikamentell behandling mens de var gravide og hadde et betydelig bruk av rusmidler i tillegg til metadon/buprenorfin.

3.9.2 Kunnskapsoppsummering om amming

Olav Spigset og Trond Aamo fra farmakologisk avdeling ved St. Olavs hospital foretok en kunnskapsoppsummering på oppdrag fra Helsedirektoratet om amming når mor bruker metadon eller buprenorfin. Denne finnes på Helsedirektoratets nettsider og ligger til grunn for anbefalingene i kap.7.3.2.

3.9.3 Aktuelle veiledere og retningslinjer

I arbeidet med denne retningslinjen har Verdens helseorganisasjons anbefalinger for opioidavhengige gravide (85) vært av stor betydning. Til grunn for anbefalingen vedrørende graviditet i den retningslinjen ligger en kunnskapsoppsummering (19).

Flere land har utarbeidet retningslinjer for denne gruppen. Både de australske (86;87) og de amerikanske (88) retningslinjene har vært viktige i arbeidet.

Retningslinjer for svangerskapsomsorgen (89;90) og retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn (91) har vært sentrale norske bidrag.

3.9.4 Litteratur Helsedirektoratet har funnet frem

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten sin oppsummering ga i begrenset grad svar på de problemstillingene prosjektgruppen hadde. Ingen oppfølgingsstudier på barn var inkludert i deres kunnskapsoppsummering.

Helsedirektoratet har derfor foretatt en egen oppsummering av oppfølgingsstudier på barn (og foreldre). Denne ligger som vedlegg 10.3. I tillegg har vi hentet inn en rekke andre forskningsartikler som belyser spesifikke problemstillinger som retningslinjen berører.

3.10 Gradering av anbefalingene og bruk av skal/bør

Følgende graderingsmodell hentet fra SIGN er lagt til grunn i denne faglige retningslinjen (84):

- A** Basert på meget god dokumentasjon og vurderinger foretatt av klinisk ekspertise på feltet, samt vurderinger av etiske, politiske og økonomiske forhold. Trenger støtte i minst en randomisert, kontrollert studie som en del av en samling litteratur/publikasjoner av overveiende god kvalitet og konsistens med den spesifikke anbefalingen.
- B** Basert på minst en god studie og vurderinger av klinisk ekspertise på feltet, samt vurderinger av etiske, politiske og økonomiske forhold. Trenger støtte i godt utformede kliniske studier, men ingen krav til at randomiserte kliniske studier skal dokumentere den spesifikke anbefalingen.
- C** Trenger støtte i rapporter eller uttalelser fra autoritative ekspertkomiteer og/eller klinisk ekspertise fra andre respekterte autoriteter. Styrkegraden indikerer en mangel på direkte anvendbare kliniske studier av akseptabel kvalitet.
- D** Gode råd for praksis. Anbefalinger for praksis basert på de kliniske erfaringer i gruppen som har utviklet retningslinjene og annen involvert ekspertise, samt vurderinger av etiske, politiske og økonomiske forhold.

Nasjonale retningslinjer skal som faglig normerende langt på vei styre de valgene helsepersonell tar. Ved å følge nasjonale retningslinjer vil fagpersonell lettere oppfylle lovverkets krav om faglig forsvarlig helsehjelp. Når Helsetilsynet tar stilling til om det er handlet i samsvar med god praksis, er utgangspunktet yrkesgruppens egen fagforståelse. Denne kommer til uttrykk blant annet i nasjonale retningslinjer. Rådene i retningslinjene må likevel alltid tilpasses lokale og individuelle forhold.

Når det står "skal" i retningslinjens anbefalinger betyr det at noe er lov- eller regelfestet, eller så klart faglig forankret at det sjelden vil være forsvarlig å ikke gjøre som anbefalt. Ordet "bør" forbeholdes sterke anbefalinger. "Skal" kan brukes som et alternativ til "bør" i sterke anbefalinger, men må da etterfølges av tekst som åpner for muligheten av et annet faglig begrunnet opplegg. Bruken av ordet "kan" forbeholdes svake anbefalinger. For øvrig er anbefalingene i retningslinjen ikke juridisk bindende, men dersom en velger å ikke følge dem, bør en dokumentere begrunnelsen i pasientens journal.

3.11 Avgrensinger

Retningslinjen omhandler forhold som er spesifikke for par hvor kvinnen bruker metadon eller buprenorfin mens hun er gravid og familier hvor et eller flere barn har vært eksponert

for metadon eller buprenorfin i fosterlivet. I stor grad er mange av anbefalingene overførbare til gravide som har brukt andre vanedannende medikamenter eller rusmidler (inkludert alkohol) i svangerskapet, og også hvis mor eller far tidligere har brukt rusmidler.

Retningslinjen bygger på nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet (1). Forhold som er omtalt i LAR-retningslinjen omtales i hovedsak ikke i denne retningslinjen.

Forhold som er omtalt i retningslinjer for svangerskapsomsorgen (89), dekkes i hovedsak heller ikke av denne retningslinjen.

3.12 Implementering, evaluering og revidering

Implementeringsarbeidet for denne retningslinjen startet høsten 2007 da arbeidet ble igangsatt. Den omfattende prosessen for utvikling av retningslinjen som er beskrevet i dette kapitlet, er en viktig del av implementeringen.

Et omfattende implementeringsarbeid vil bli iverksatt i forbindelse med retningslinjens ferdigstilling for å sikre at retningslinjen og dens anbefalinger er godt kjent for de fagmiljøer og brukere som er aktuelle.

Etter hvert som ny kunnskap kommer på dette fagfeltet, vil retningslinjen evalueres og revideres.

4 Rammeverk og organisering

4.1 Aktuelt lovverk og forskrifter

FNs barnekonvensjon gir barn en særlig beskyttelse både før og etter fødsel, jf. artikkel 3 som sier at barnets beste er et grunnleggende hensyn. I retningslinjen er dette prinsipp lagt til grunn for vurderingene, slik at der hvor barnets interesser står i motstrid til kvinnens/foreldrenes interesser, vil barnets interesser veie tyngst (92).

Føre-var prinsippet ligger til grunn for all svangerskapsomsorg og betyr å unngå å eksponere fosteret for potensielt skadelige påvirkninger. Det kan for eksempel bety å unngå å eksponere fosteret for medikamenter der eventuelle skadevirkninger ikke er endelig klarlagt. Målgruppen for retningslinjen er gravide som behandles med metadon eller buprenorfin og fosteret er således eksponert for opioider fra unnfangelsen. Føre-var prinsippet i retningslinjen tar utgangspunkt i denne realiteten og er vurdert opp mot kunnskapsgrunnlaget for alternative behandlingsvalg.

Legemiddelassistert rehabilitering er helsehjelp som reguleres av bestemmelsene i helsepersonelloven (93), pasientrettighetsloven (94), spesialisthelsetjenesteloven (95), kommunehelsetjenesteloven (96) og legemiddeloven (97).

Pasienter som mottar legemiddelassistert rehabilitering har rettigheter etter pasientrettighetsloven på lik linje med andre som har behov for helsehjelp. Pasientene har rett til øyeblikkelig hjelp og til nødvendig helsehjelp dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt. Pasientene har rett til nødvendig helsehjelp både i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

For øvrig er det viktig å merke seg at pasientrettighetsloven gir rett til medvirkning og informasjon (kapittel 3), til å samtykke til helsehjelp (kapittel 4) og til journalinnsyn (kapittel 5). Når det gjelder rett til medvirkning og informasjon, se punkt 5.1 nedenfor.

Bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven (98) kapittel 10 om tvangstiltak overfor rusmiddelavhengige kan være aktuelle. Det vises særlig til §§ 10-3 og 10-4 om tilbakeholdelse av gravide rusmiddelavhengige i institusjon.

Lov om barneverntjenester (99) gir hjemmel for ulike typer tiltak og inngrep som kan være aktuelle for pasienter i LAR og deres barn/familier. Det gjøres oppmerksom på helsepersonells og andre bistandsyteres plikt til, på eget initiativ, å ta kontakt med barneverntjenesten når det er grunn til alvorlig bekymring for et barns omsorgssituasjon (100). Det vises særlig til helsepersonelloven § 33 og lov om sosiale tjenester i NAV § 45.

4.1.1 LAR-forskriften og LAR-retningslinjen

Forskrift om legemiddelassistert rehabilitering – LAR-forskriften (101) trådte i kraft 1. januar 2010. LAR-forskriften særregulerer forhold i LAR som trenger regulering fordi metadon og buprenorfin er sterkt vanedannende legemidler. LAR-forskriften omhandler blant annet formålet med LAR, vilkår for innskriving, beslutning om innskriving og utskrivning, utlevering og inntak av legemidler og urinprøver m.m. Oppstart av LAR skjer i regi av spesialisthelsetjenesten og forutsetter at ansvar for primære og spesialiserte medisinske tiltak, grunnleggende omsorgstiltak og et langsiktig rehabiliteringsarbeid bør være planlagt. Selv om beslutning for innskriving og utskrivning er lagt til lege i spesialisthelsetjenesten, kan den praktiske gjennomføringen, herunder rekvirering av legemidler til bruk i LAR, foregå både i spesialisthelsetjenesten og i primærhelsetjenesten. Fastlegens oppfølging av pasientens behandling skal alltid skje i nært samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet – LAR-retningslinjen (1) trådte i kraft 1. februar 2010. Målet med LAR-retningslinjen er blant annet å normalisere behandlingen av opioidavhengige innen spesialisthelsetjenesten og legge til rette for at LAR blir tilgjengelig i hele landet på like vilkår. Videre er målet å sikre forsvarlig behandling både for pasient og tredjepart, samt sikre at behandling i LAR er kunnskapsbasert.

4.2 Prinsipper for organisering av tilbudet

Hovedprinsippet i denne retningslinjen er at oppfølgingsprogrammet som tilbys familiene, så langt som mulig, skal være en normalisert oppfølging, dvs. innenfor det vanlige tjenestetilbudet. Dette vil øke sannsynligheten for at flest mulig i målgruppen vil ta i mot tilbudet om oppfølging. Det er viktig at det legges til rette for at familiene, på linje med andre, møtes på en respektfull og ikke-stigmatiserende måte. Med normalisert oppfølging menes at kvinnen/familien i svangerskapet følges opp av fastlege/jordmor i kommunen og gynekologisk avdeling i spesialisthelsetjenesten.

Vi anbefaler at et begrenset antall sykehus utpekes til å ta seg av fødsler og behandling av de nyfødte (se 7.1.1).

Etter utskrivningen fra barneavdelingen anbefaler vi at hovedoppfølgingen skjer ved helsestasjonen i kommunen, men at familiene innkalles til spesialisthelsetjenesten regelmessig. Denne planen har vi tilpasset etter modellen som er utarbeidet i retningslinjen for for tidlig fødte barn (91).

4.2.1 Koordinering av tjenestene – samarbeid

Oppfølging og behandling av kvinnene og familiene omfatter flere områder innen både førstelinjetjeneste (helse, sosial, barnevern) og spesialisthelsetjeneste (fødselshjelp, nyfødtdisin, barne- og ungdomspsykiatri og rusbehandling). Behovet for koordinering og samhandling er stort for å sikre at pasientene til en hver tid får den hjelpen de har behov

for og for å hindre at noen faller ut av oppfølgingen. Derfor anbefaler vi at de tilgjengelige samhandlingsverktøyene, som individuell plan og ansvarsgruppe, benyttes for både kvinnen (ev. mannen) og barnet.

I oppfølgingen av pasientene møtes forskjellige behandlingssyn og kulturer for hva samarbeidet med pasienten innebærer. For å få til reell samhandling må fagpersonene fra de forskjellige tjenesteområdene være bevisst eget og andres faglige ståsted, vise fleksibilitet og reell vilje til samhandling. Av og til vil interessene til barn og foreldre være motstridende og fagpersonene har da ansvar for å sikre at barnet blir ivaretatt.

Vi opererer med tre forskjellige koordinatorene i denne retningslinjen:

- Koordinator av kvinnens (og ev. mannens) individuelle plan og ansvarsgruppe
- Sykehusets koordinator
- Koordinator av barnets individuelle plan og ansvarsgruppe

4.3 Faglig forsvarlighet

Fagutøvere har et selvstendig ansvar for å utføre arbeid i tråd med faglige og etiske retningslinjer. Helsepersonell har en særlig plikt til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. Denne plikten er nedfelt i helsepersonelloven § 4. Tjenestens plikt til faglig forsvarlighet fremgår av spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1. Tjenestene har også plikt til å sikre at helsepersonell har den nødvendige kompetanse og får den nødvendige opplæring for å kunne skjøtte sine oppgaver og plikter forsvarlig. Kravet til forsvarlige tjenester er en rettslig standard knyttet til tre hovedelementer. Tjenesten må holde tilfredsstillende kvalitet, ytes i tide og i tilstrekkelig omfang.

Tjenester og ytelser etter lov om sosiale tjenester i NAV er enkeltvedtak. Loven har ikke et spesifikt forsvarlighetskrav slik som helsepersonelloven. Likevel legges det til grunn at tjenestetilbudet og gjennomføringen av vedtaket må oppfylle faglige og etiske forsvarlighetskrav. Loven inneholder nå noen hovedelementer som vil ha betydning ved vurderingen av hva som er en forsvarlig helsetjeneste. I forarbeidene til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, stortingsproposisjon 91 L (2010-2011) punkt 10.5.4: Departementets vurdering, angir dette nærmere. Slike krav følger nå også implisitt av den nye lovens formål, jf. § 1-1 og av alminnelige regler om god forvaltningsskikk.

Gjennom tilsyn med offentlige tjenester avdekkes i hvilken grad tilbud gis i overensstemmelse med gjeldende lovkrav. Flere av Helsetilsynets rapporter viser at virksomheter innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling, kommunale sosiale- og helsetjenester og tjenester til barn og unge ikke i tilstrekkelig grad gir forsvarlige tjenester. Det kan være manglende kompetanse for å foreta forsvarlig vurdering, utredning og behandling, manglende mulighet til å tilby sammenhengende tiltakskjeder og manglende styring og oppfølging på kritiske trinn i behandlings- og/eller samhandlingsprosesser. Dette viser at retten til individuelle og faglig forsvarlige tjenester stadig utfordres på systemnivå og delvis også blir overlatt til den enkelte fagutøvers skjønnsmessige håndtering.

Plikten til internkontroll i sosial- og helsetjenesten følger av nr.1731: Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten av 20.02.02 og nr.1463: Forskrift om internkontroll for kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen av 19.11.10. . Den har til formål å sikre forsvarlige tjenester og at tjenestenes aktiviteter planlegges, organiseres, utføres osv. i samsvar med sosial- og helselovgivningen, herunder forsvarlighetskravet. En del av internkontrollen er blant annet å sikre at ansatte har nødvendig kunnskap og får nødvendig opplæring, samt å utvikle og implementere rutiner og prosedyrer, ha systemer for å overvåke svikt osv. Internkontrollforskriften plasserer dette ansvaret tydelig hos de ansvarlige for virksomheten.

4.4 Kompetanseoppbygging

Innledningsvis skriver vi at det er nødvendig å gi adekvat opplæring til helsepersonell, barnevernsansatte samt andre aktuelle yrkesgrupper. Videre er det nødvendig å gi foreldrene nødvendig opplæring og bistand.

Bakgrunn

Gjennom forskningen som foregår ved Seraf og gjennom klinisk erfaring vet vi at det er mye å gjøre på kunnskaps- og holdningssiden, da kvinnene ofte får motstridende og feilaktig informasjon. Brukermedvirkning har i liten grad vært ivaretatt i oppfølgingen av kvinnene og familiene. Behandlingen og oppfølgingen disse kvinnene får har vist seg å variere betydelig fra landsdel til landsdel.

Vurdering

Det er et stort opplæringsbehov i forbindelse med implementeringen av denne retningslinjen for å sikre at de kunnskapsbaserte anbefalingene gjennomføres i alle deler av tjenesteapparatet i hele landet.

Brukernes erfaringer tilsier at det er en utfordring å sikre at pasientgruppen blir behandlet med respekt og en ikke-dømmende holdning.

I veilederen IS 1877 "Et trygt fødetilbud" understrekes det at en forutsetning for å ivareta kvinner med særskilte behov er en systematisk kompetanseoppbygging og en forbedret kommunikasjonslinje mellom ulike samarbeidspartnere. Det er nødvendig med en styrket jordmor- og helsestasjonstjeneste i kommunen (102). De forsterkede tiltakene for gravide/de spesialiserte helsestasjonene bør i større grad benyttes som ressurser i kompetanseoppbyggingen. Dette forutsetter at disse tiltakene blir styrket med kompetanse på dette feltet.

Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse kan fungere som koordinator for et nasjonalt opplærings- og kvalitetssikringsprogram om NAS. Den praktiske delen av et opplæringsprogram må finne sted på det enkelte sykehus/helseforetak, da denne må tilpasses sykehusets øvrige opplæringsprogram og praktiske hverdag.

Anbefalinger

1. *Komptanseoppbygging og holdningsskapende arbeid bør rettes inn mot det kommunale tjenesteapparatet (jordmødre, helsesøstre, fastleger, helsestasjonsansatte, ansatte i sosialtjeneste/NAV og barnevern) og spesialisthelsetjenesten (kvinneklinikk, nyfødtavdeling, TSB og barne- og ungdomspsykiatrien). **C***
2. *Det bør igangsettes et nasjonalt opplærings- og kvalitetssikringsprogram for føde-/barselavdelinger og nyfødtavdelinger med fokus på observasjon og behandling av nyfødte med abstinenser. **C***

5 Brukermedvirkning og etikk

5.1 Pasientens rett til samtykke, medvirkning og informasjon

Behandlere på ulike nivåer har alle et selvstendig ansvar for å gjennomføre arbeidet sitt i tråd med faglige og etiske retningslinjer. Det innebærer også respekt for den enkelte pasients selvbestemmelsesrett og integritet.

Pasienten har som utgangspunkt full selvbestemmelsesrett over egen helse, og skal derfor samtykke til all helsehjelp som blir gitt vedkommende, jf. pasientrettighetsloven § 4-1. Helsehjelp uten samtykke kan bare ytes der det foreligger en uttrykkelig lovhjemmel for det.

Pasientens har videre rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen, jf. pasientrettighetsloven § 3-1. Dette innebærer å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon (94).

Evnen til å gi et gyldig samtykke og til å medvirke forutsetter at pasienten får informasjon. Pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen, jf. pasientrettighetsloven § 3-2. Pasienten skal også få informasjon om mulige risikoer og bivirkninger av helsehjelpen. Informasjonen må være så god at pasienten får tilstrekkelig grunnlag for å velge mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Informasjonen skal tilpasses pasientens forutsetninger. Det betyr at informasjon skal tilpasses alder, modenhet, erfaring, kultur- og språkbakgrunn. Det helsepersonellet som yter helsehjelpen har plikt til å gi informasjonen, jf. helsepersonelloven § 10.

Erkjennelsen av at pasientene kan og skal gjøre egne vurderinger, selv om de kan stride mot den enkelte helsearbeiders råd og meninger, er viktig. Behandlerens rolle er å underbygge pasientens selvbestemmelsesrett og dyktiggjøre pasienten til å ta beslutninger gjennom å tydeliggjøre konsekvensene av ulike alternativer og bidra til at pasienten kan veie de ulike alternativene opp mot hverandre.

5.2 Etske overveielser ved interessekonflikter

Noen ganger vil foreldrenes valg være i strid med barnets interesser, og det kan være nødvendig at barnevernet overtar omsorgen for at barnets interesser skal bli ivaretatt. Det kan være vanskelig og motsetningsfullt for fagfolk å oppleve at barn trenger barnevernets hjelp for å vernes mot egne foreldre, særlig når foreldrene er hjelperens pasient. Det er viktig at hjelperen evner å ha et reflektert forhold til disse reaksjonene hos seg selv, slik at de kan opptre profesjonelt i møte med saker som involverer utsatte barn. Barnekonvensjonens artikkel 3 fremhever at alle handlinger som angår barn som foretas av myndigheter og organisasjoner, først og fremst skal ta hensyn til barnets beste.

Gravide i LAR / familier med omsorg for små barn har beskrevet sine møter med forvaltning og helsetjeneste gjennom forskningsprosjekter, i klinikk og i brukerrådslag. Beskrivelsene avdekker at slike møter ofte preges av stigmatisering, mangelfull eller motstridende informasjon, at helsepersonell uttaler private meninger, at det gis spesialbehandling i negativ forstand, at det øves utilbørlig press og at urettmessige beskyldninger fremsettes. Historiene er ikke enkeltstående hendelser, men har dessverre et større omfang.

Vi finner det rimelig å anta at det avdekker en utilstrekkelig forståelse av og refleksjon over etiske utfordringer i møte med pasienter med sammensatt problematikk. Det er på ingen måte slik at alle møter slike holdninger, og mange fagmiljøer har arbeidet systematisk med økt profesjonalitet og bedring av holdninger.

Medikamentell vedlikeholdsbehandling av den gravide med mulige konsekvenser som behandlingstrengende NAS (neonatalt abstinenssyndrom) gjør at de faglige tilnærmingene skjer innenfor en, for mange, etisk utfordrende kontekst. Verdier og personlige holdninger kan lett komme i konflikt med hensynet til den svakeste parten, det ufødte eller fødte barnet og etiske og faglige forsvarlighetskrav den voksne også har rett til å bli møtt med. For noen fagutøvere vil hensynet til den svake parten kunne legitimere at den voksnes rettigheter vurderes som underordnet. Dette kan bidra til situasjoner som beskrevet over, at den gravide opplever seg krenket i møte med dem som skal hjelpe.

Betydningen av å tilstrebe ikke-dømmende holdninger, respekt og tillitsbasert relasjon til den voksne gravide kan ikke understrekes nok. Slike prinsipper skaper trygghet og øker muligheten for at kvinnen kan nyttiggjøre seg tilbudene om oppfølging. I tillegg vil trygge og ikke-dømmende møter med fagpersonell bidra til at kvinnen lettere tilegner seg adekvat kunnskap og forståelse for hvordan hun best kan ivareta de særskilte oppfølgingsbehov som barnet vil kunne ha. Innenfor et rusfaglig perspektiv kan slike prinsipper også ses som sentrale tilbakefallsforebyggende strategier.

5.3 Brukermedvirkning som ledd i forbedring av tjenesten

Helse- og sosialtjenesten skal sikre at pasienters, tjenestemottakeres og pårørendes erfaringer blir brukt til forbedring av virksomheten. Dette følger av internkontrollforskriften § 4.

Ett av fem hovedmål for Helse- og omsorgsdepartementets opptrappingsplan for rusfeltet (2007-2010) er økt brukerinnflytelse og bedre ivaretagelse av barn og pårørende (103). I planen står det: *“Vi må sikre at brukererfaringer nyttes systematisk i kvalitetsarbeidet, og at brukere i større grad får anledning til å påvirke organiseringen av tjenestene og politikkkutformingen på feltet.”* Under delmål 5.3 *“mer systematisk bruk av brukererfaringer i kvalitetsarbeidet”* utdypes betydningen av systematisk innhenting av erfaringer fra brukere og pårørende: *“slike erfaringer er nødvendige korrektiver, og er med på å stimulere til stadige forbedringer.”*

I prosjektgruppen som har bidratt til denne retningslinjen, har én representant fra brukerorganisasjonen ProLAR vært med gjennom hele retningslinjenprosessen. I tillegg har

det vært avholdt et brukerrådslag med 20 foreldre i LAR, herunder tre fedre. På denne samlingen utvekslet foreldrene erfaringer og drøftet spesifikke utfordringer knyttet til det å være gravid og senere foreldre i LAR.

6 Svangerskapet

Et svangerskap er, for en LAR-pasient, i utgangspunktet å anse som et risikosvangerskap. LAR-medikamentet medvirker ofte til at den nyfødte får neonatalt abstinenssyndrom (NAS), og at barna er mindre av vekst ved fødselen enn gjennomsnittet. Den gravide tilhører en risikogruppe som trenger tettere oppfølging i svangerskapet og etter fødselen enn det som vanligvis anbefales (89). Også for kvinner i LAR vil det å skulle ha barn oftest være en gledelig begivenhet. Fagpersoner bør være åpne for forventningene og gledene som kvinnene og familiene har knyttet til svangerskapet.

Stortingsmelding nr.12 (2008-2009) " En gledelig begivenhet" (104) omtaler i kap. 4.6 gravide i LAR og deres barn som en av flere grupper med særlige behov som skal prioriteres når det gjelder tiltak som sikrer kontinuitet i oppfølgingen.

Internasjonale artikler som gir en bred omtale av svangerskapet hos kvinner i LAR er blant annet (9;13;105).

6.1 Graviditeter hos kvinner i LAR

6.1.1 Prevensjonsveiledning og planlegging av graviditet

Bakgrunn

Det er vanlig at kvinner i aktivt heroinmisbruk mangler eller har sjelden menstruasjon (amenoré). Årsaken er at korttidsvirkende opioider reduserer hormonfrigjøringen fra hypofysen. Dette fører til svekket eggøsning og menstruasjonsforstyrrelser. Mangelfull ernæring, infeksjoner og psykososialt stress knyttet til et aktivt misbruksliv er også medvirkende faktorer til uregelmessig eller manglende menstruasjon. Klinisk erfaring har vist at menstruasjonssyklus vanligvis normaliseres i løpet av 6 til 24 måneder etter oppstart av LAR. Det skyldes den stabiliserende effekten på hypofysen av kontinuerlig administrasjon av et langtidsvirkende opioid. Kvinner kan få eggøsning før menstruasjonen kommer tilbake.

Norske undersøkelser viser at ca 75 % av graviditetene hos kvinner i LAR ikke er planlagte (106). Erfaring viser også at en del av kvinnene raskt blir gravide igjen etter et gjennomført svangerskap. Mange kvinner i LAR synes at det er vanskelig å ta opp prevensjon og liknende temaer, blant annet på bakgrunn av tidligere vanskelige erfaringer.

Vurdering

Kvinner som begynner i LAR bør få informasjon om forventet normalisering av menstruasjonssyklus og derav følgende mulighet for å bli gravid. Vår erfaring er at mange kvinner i LAR ikke tror de kan bli gravide og at graviditeter kan komme svært overraskende.

Det er viktig at familieplanlegging tas opp med alle aktuelle kvinner i LAR og deres menn. Det er ønskelig at graviditeter i størst mulig grad planlegges og at kvinnen venter med å bli gravid, dersom hun har barneønske, til etter at hun er godt stabilisert og rusfri i LAR. I

forbindelse med planlegging av graviditet bør det drøftes om det kan være aktuelt med en forsiktig reduksjon av doseringen av LAR-medikament før paret prøver å bli gravide.

Kvinnen/paret bør informeres om prevensjonsalternativer. Det mest aktuelle prevensjonsmiddelet for mange vil være en hormonspiral. Det er viktig å huske at de fleste kvinnene er røykere, og at de fleste er i tredveårene. P-piller kan være et dårlig alternativ på grunn av røyking og tidligere sykehistorie, særlig hvis kvinnen er over 35 år. Å bruke kondom er for noen av kvinnene uaktuelt, da dette er forbundet med et tidligere prostitusjonsliv. Det er viktig å snakke med kvinnene om prevensjon på en slik måte at alternativene oppleves reelle i nåværende situasjon.

Kvinnen bør tilbys gratis prevensjon. Prevensjon bør finansieres av pasientens hjemkommune eller ved hjelp av en statlig ordning. Drøfting om sterilisering bør ikke initieres fra helsepersonells side, med mindre helsearbeideren kjenner kvinnen godt. Sterilisering bør være en veloverveid beslutning, oftest basert på kvinnens eget initiativ. Sterilisering bør være gratis.

Anbefalinger

1. *Kvinnen/paret informeres om økt sjanse for å bli gravid etter oppstart i LAR og familieplanlegging bør diskuteres. **D***
2. *Kvinnen/paret bør informeres om prevensjonsalternativer. **D***
3. *Kvinnen bør tilbys gratis prevensjon. Hormonspiral bør være det anbefalte middelet. **D***

6.2 Når graviditeten oppdages

De fleste kvinner i LAR har en ansvarsgruppe rundt seg som minimum består av kvinnen, fastlegen og sosialtjenesten (se kap.6.3.1).

6.2.1 Ansvar for å sette i gang tiltak

Bakgrunn

Graviditet hos norske kvinner i LAR blir oftest tidlig oppdaget, rundt niende svangerskapsuke (106). Kvinnene er som regel i et etablert rehabiliteringsopplegg og har regelmessig kontakt med aktører i hjelpeapparatet. Det er imidlertid noen av kvinnene som har vært lenge i LAR som kan ha varierende grad av kontakt og oppfølging fra hjelpeapparatet. De fleste informerer om graviditet tidlig, men det er viktig å være oppmerksom på at en graviditet av enkelte kvinner kan oppfattes som privat og løsrevet fra LAR, og at de derfor vil utsette å informere hjelpeapparatet om tilstanden. Erfaringen tilsier videre at noen kvinner med et pågående misbruk av rusmidler, enten oppdager graviditeten senere eller også utsetter å informere hjelpeapparatet om at de er gravide.

Vurdering

Det er viktig å øke innsatsen rettet mot kvinnen når graviditeten oppdages og tilpasse oppfølgingen til den enkeltes behov.

Hvis graviditeten stadfestes sent, er det spesielt viktig å kartlegge kvinnens totale situasjon samt å etablere samarbeid med aktuelle aktører så fort som mulig. Eventuelt rusmiddelmisbruk bør kartlegges umiddelbart, slik at nødvendige tiltak som henvisning til avrusing, kan igangsettes.

Den første fagpersonen som får kjennskap til graviditeten, kan eksempelvis være fastlege, jordmor, barnevernskonsulent, sosialkonsulent eller fagperson i TSB. Uavhengig av hvilken fagperson som først får beskjed om at kvinnen er gravid, har vedkommende et ansvar for at nødvendig samarbeid blir etablert. Ofte vil denne fagpersonen være en kvinnen har tillit til.

Anbefalinger

1. *Den første fagpersonen som får kjennskap til graviditeten, har ansvar for at punktene 2-3 under blir fulgt opp og at nødvendig samarbeid blir etablert. **D***
2. *Graviditeten stadfestes og svangerskapsuke fastsettes. Kvinnens nåværende livssituasjon og hvilke instanser og fagpersoner som følger henne opp, samt ressurser i det private nettverket, bør kartlegges. **C***
3. *Det bør skisseres en foreløpig plan sammen med kvinnen, med prioriteringer for hva som skal skje den nærmeste tiden. Det bør sikres at umiddelbare behov blir fulgt opp snarest mulig. Det bør planlegges et samarbeidsmøte med ansvarsgruppe og andre aktuelle instanser innen 14 dager. **D***

6.2.2 Informasjon

Bakgrunn

En gravid LAR-pasient har et stort informasjonsbehov og vil ha mange spørsmål knyttet til forskjellige forhold vedrørende graviditeten. Hun kan være ambivalent til å fortsette svangerskapet og/eller ha mye usikkerhet knyttet til ulike forhold i svangerskapet. Mange av kvinnene har en del kunnskap om emnet og har erfaring fra tidligere svangerskap. Informasjon er en pasientrett jf. pasientrettighetsloven § 3-2 og en plikt for helsepersonell jf. helsepersonelloven § 10 (93;94), se kap 5.1.

Det stilles mange krav til en kvinne som blir gravid i LAR, og en koordinert oppfølging med klar ansvarsfordeling er viktig. Noen kvinner vil ha negative erfaringer med hjelpeapparatet fra tidligere og vil ønske mindre grad av involvering enn det som er skissert her. Det er viktig å huske at det for kvinnen/paret først og fremst er en gledelig begivenhet å skulle få barn, og at en stor "oppfølgingspakke" kan synes overveldende.

Vurdering

Både kvinnen og fagpersonene vil ha med seg en "forforståelse" inn i samarbeidet, og gjensidige forventninger bør avklares. Kvinnen må informeres om den utvidete oppfølgingen som følger med det å være gravid i LAR, samtidig som det må gis rom for individuell tilpasning. Det bør ikke legges føringer eller gis råd om valg hvis kvinnen er ambivalent til å fortsette svangerskapet, men man bør trygge kvinnen i den beslutningen hun tar og gi mulighet til spørsmål og refleksjon.

Kvinnen og paret skal gis god informasjon om hvilke tiltak som finnes og kan være aktuelle.

Anbefalinger

- 1. Det skal gis grundig og gjentatt informasjon til den gravide/paret fra graviditetens begynnelse. Informasjonen må være tydelig, gis både skriftlig og muntlig, og på en respektfull måte. Det må informeres om vurderinger som vil bli foretatt og hvilke etater som involveres. Informasjonen må være basert på tilgjengelig kunnskap og gis av fagpersoner med spesialkompetanse på LAR og graviditet. De ulike fagpersonene må gi samordnet informasjon. **C/D***
- 2. Det må informeres om **C/D***
 - a. LAR-medikamentets virkning på fosteret*
 - b. rusmidlers virkning på fosteret (inkl. nikotin og alkohol)*
 - c. at målsettingen er et rusfritt svangerskap*
 - d. hvilke tilbud som er tilgjengelige*
 - e. at vedvarende rusmiddelinntak vil føre til at § 10-3 i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester vurderes, jf. meldeplikt til kommunen (se 6.6.5).*
 - f. meldeplikt til barneverntjenesten ved fødsel hvis det er mistanke om rusmiddelmisbruk eller atferd uforenlig med omsorgsansvar hos mor eller far.*

6.2.3 Den vordende far eller partner

Bakgrunn

Kerstin Söderström har intervjuet partnere som har vært innlagt med sine gravide kjærester på rusinstitusjon (83). Utenlandske studier fokuserer også på forhold hos den vordende far (107-109). Vi vet blant annet fra disse studiene at en del kvinner er utsatt for vold fra sine partnere. Videre vet vi fra klinisk praksis at mange av kvinnene i LAR er i et stabilt forhold. I den norske studien som kartla kvinner i LAR fra 2005 og 2006, oppga ca. en tredjedel at de var alene med ansvaret. Kvinnenes partnere var omtrent likt fordelt mellom fedre som var i LAR og ikke var i LAR (51). En del av kvinnene har partnere som ikke har erfaring med rusmidler. I tilfeller hvor kvinnen ikke bor sammen med biologisk far, bør forholdet til biologisk far kartlegges, da det kan ha betydning for foreldrenes omsorgsevne.

Det må sikres at biologisk far får slik informasjon om barnet som han har rett til etter barneloven § 47 og pasientrettighetsloven § 3-4, selv om han ikke bor sammen med kvinnen. Hensynet til kvinnens krav på konfidensialitet må samtidig ivaretas. Far har ikke rett til innsyn i helsetjenestens eller det offentlige tjenesteapparatets opplysninger om mor, med mindre mor samtykker. Det vises særlig til taushetsplikten i forvaltningsloven § 13 og helsepersonelloven § 21.

Vurdering

Den enkeltes situasjon må være utgangspunktet for hvor mye den vordende far trekkes med. Mange fedre vil ønske en stor grad av involvering, og de fleste vil være interesserte og støttende partnere. Det kan imidlertid forekomme tilfeller hvor partneren ruser seg, eller på annen måte vanskeliggjør et godt forløp i graviditeten. Det kan også være slik at relasjonen generelt er vanskelig, og at kvinnen av lojalitetshensyn, eller av redsel for sanksjoner, ikke velger å fortelle om partnerens rusmiddelbruk, psykiske vansker eller voldelige oppførsel. Å være oppmerksom på kvinnens signaler, kommunisere åpent og tilby hjelp til henvisning for den vordende far kan være tiltak som vil avhjelpe situasjonen.

Anbefalinger

1. *Den vordende far/partner bør inviteres med i all oppfølging fra starten av graviditeten dersom den gravide selv ønsker det og ikke andre forhold taler i mot det. Forutsigbarhet og forventninger til deltakelse bør avklares, herunder planlegging av opphold på føde- og barneavdeling. Den vordende far bør oppfordres til å informere sin ansvarsgruppe. **D***

6.2.4 Kartlegging

Bakgrunn

Flere norske studier har funnet at rusmiddelmisbrukere som gruppe har lavere utdanning, dårligere økonomi, mindre sosialt nettverk og dårligere psykisk og fysisk helse enn befolkningen for øvrig (110-112). Når det gjelder gravide i LAR, viste studien til Lund eksempelvis at 34 av de 38 kvinnene sto utenfor ordinært arbeidsliv (51).

De fleste kvinnene i LAR har vært gjennom både poliklinisk behandling og døgnbehandling. I tillegg har kvinnene gjennom deltakelse i LAR oftest blitt bredt utredet.

Vurdering

For å kunne vurdere hjelpebehov er det viktig at hjelpeapparatet får god oversikt over kvinnens totale situasjon. Samtidig er det viktig å bygge på tidligere kontakt og kunnskap om kvinnen og familien for å unngå at kvinnen/paret må fortelle historien sin på nytt. Dersom man ikke kjenner familien fra før, skal man søke samtykke til å innhente tidligere opplysninger. Erfaringen er at de aller fleste kvinner i en slik situasjon vil gi samtykke til innhenting av denne typen informasjon hvis hensikten forklares. Mange av disse forholdene har betydning for ivaretagelse av omsorg for barn og vil være relevante for å sette inn den

beste hjelpen. Ved kartlegging i svangerskapet bør hovedvekten legges på situasjonen "her og nå", behovet for hjelp må ikke utelukkende vurderes ut fra historikk. Den vanskelige økonomiske situasjonen som mange tidligere rusmiddelmissbrukere er i er et særlig viktig område å kartlegge.

Anbefalinger

1. *En grundig kartlegging/utredning av kvinnen/paret bør igangsettes når graviditeten er bekreftet. Det bør innhentes relevante opplysninger/epikriser etter at pasienten har gitt samtykke. Foreldrene må trekkes med i dette arbeidet. Kartleggingen supplerer tidligere opplysninger og bør omfatte følgende: **D***
 - a. *Foreldrenes ressurser og forventninger. Tanker, følelser og planer knyttet til nåværende svangerskap og fremtid.*
 - b. *Fysisk helse med vekt på misbruksrelaterte tilstander (inkl. HIV/AIDS og hepatitt), kroniske sykdommer, tidligere graviditeter og fødsler, aktuell somatisk tilstand og medikamenter pasienten har brukt i denne graviditeten*
 - c. *Rushistorie – med vekt på bruk av rusmidler, vanedannende medikamenter, alkohol og tobakk i månedene før og under aktuell graviditet*
 - d. *Behandling for rusmiddelproblemer med vekt på nåværende behandling*
 - e. *Psykisk helse med vekt på kroniske sykdommer, aktuell psykisk tilstand og medikamenter pasienten bruker*
 - f. *Familie/nettverk, med vekt på forhold til partner, foreldre og eventuelle egne barn (omsorgsansvar og samværsavtaler). Ressurspersoner i nettverket. Nettverkets forhold til rusmidler.*
 - g. *Mors og/eller fars tidligere erfaringer som foreldre*
 - h. *Skole/arbeid/dagtidsaktiviteter inkludert gjennomført utdanning og arbeidserfaring, med vekt på nåværende situasjon*
 - i. *Økonomi - aktuell økonomisk situasjon inkludert gjeld*
 - j. *Aktuell boligsituasjon*
 - k. *Kartlegging av aktuelle kontakter i alle deler av behandlings- og oppfølgingsapparatet*
 - l. *Foreldrenes behov for opplæring i foreldrerollen*
 - m. *Planlegging av behandlings- og oppfølgingsbehov, med fokus på eventuelle umiddelbare behandlingsbehov (som behov for avrusning, henvisning for utredning/behandling etc.)*
2. *Kartleggingen bør koordineres av den som er koordinator/hovedkontakt for kvinnen i svangerskapet, alternativt fastlegen eller annen person/instans som har hovedansvaret for oppfølgingen. Oftest vil det være disse personene som foretar kartleggingen. **D***

6.3 Koordinering av tiltak

For en gravid LAR-pasient og partneren hennes vil det ofte være mange forskjellige fagpersoner/instanser å forholde seg til, og det er derfor viktig at arbeidet koordineres godt. Kvinnen/paret er sentrale i all planlegging.

6.3.1 Ansvarsgruppe/koordinerende fagperson

Bakgrunn

Å bruke ansvarsgruppe for å koordinere tjenester til en pasient er ingen ny oppfinnelse. Tverrfaglige team har i over 20 år vært tradisjon i flere etater. I NOU 1985:3 som blant annet omhandler evaluering av det første prosjektet som brukte ansvarsgrupper som metode (Buskerudprosjektet), heter det: "En må kunne organisere langsiktig tverretattlig samarbeid som når over ulike forvaltningsnivåer" (113).

I LAR har ansvarsgruppe som metode vært brukt siden behandlingen ble etablert i 1991. De fleste kvinnene i LAR vil, når graviditeten blir oppdaget, ha en ansvarsgruppe. Denne består oftest av en representant fra sosialtjenesten/NAV, fastlege og/eller LAR-konsulent.

Vurdering

Graviditeten er en anledning til å evaluere hvordan samarbeidet i ansvarsgruppen fungerer og endre på forhold som ikke fungerer hensiktsmessig. Under graviditeten vil flere fagpersoner ha en naturlig rolle i ansvarsgruppen i tråd med de behovene som er til stede. Jordmor og etter hvert helsesøster vil ofte være aktuelle medlemmer. Noen kvinner vil ha nytte av å ha med seg en egen støtteperson i ansvarsgruppen. Fagpersoner som ikke sitter i ansvarsgruppen kan informeres ved at de får referat fra møtene. Det er viktig med jevnlig evaluering av fremdrift og samarbeid i ansvarsgruppen.

En koordinerende fagperson bør utpekes. Koordinatoren skal sikre kontinuiteten i forløpet og bør ha god oversikt over tjenesteapparatet og tiltakene rundt kvinnen. Det er viktig at dette er en person som den gravide kvinnen har tillit til. Som oftest vil dette være et av de faste medlemmene i ansvarsgruppen. Antallet personer i ansvarsgruppen bør begrenses.

Anbefalinger

1. Ansvarsgruppen bør utvides, alternativt opprettes, med tanke på planlegging og oppfølging av svangerskap, fødsel, barsel og nyfødtp periode. Det bør utpekes en koordinator (hvis dette ikke er gjort før svangerskapet) med definerte oppgaver og ansvar. **C/D**

6.3.2 Individuell plan / behandlingsplan

Bakgrunn

Alle som har behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan (IP). Gjeldende forskrift av 16.12.2011 nr 1256, om habilitering og

rehabilitering, individuell plan og koordinator gir nærmere anvisning på innholdet i en individuell plan. Det foreligger en veileder til forskrift om individuell plan til bruk i dette arbeidet (114;115). I forskrift om LAR § 6 (101) står det: "Utarbeidelsen av individuell plan skal skje i nært samarbeid med den kommunale helse- og omsorgstjenesten, allmenlege i primærhelsetjenesten, barneverntjenesten og andre aktuelle instanser. Spesialisthelsetjenesten skal ta initiativ til samarbeidet."

Vurdering

Når kartleggingen har avklart hvilke problemstillinger kvinnen/paret står overfor, revideres individuell plan/behandlingsplan med angivelse av hvilke personer/instanser som har ansvar for de forskjellige områdene.

IP er en rettighet pasienten har. Hvis pasienten ikke ønsker en IP, bør en behandlingsplan/ tiltaksplan utarbeides av helsetjenesten.

Anbefalinger

1. *Kvinnens individuelle plan (IP) bør revideres, eventuelt bør det igangsettes arbeid med IP, dersom kvinnen ønsker det. Kvinner som ikke har individuell plan gis grundig informasjon om hensikten og fordelene ved IP. Hvis kvinnen ikke ønsker individuell plan, bør det lages en behandlingsplan i stedet. **C/D***

6.3.3 Forberedelse til å være foreldre

Bakgrunn

I retningslinjer for svangerskapsomsorgen omtales fødsel og foreldreforberedelse i svangerskapet slik: "Svangerskapsomsorgen har ulike modeller for svangerskapskurs, fødsels- og foreldreforberedelse. De handler om å gi vordende foreldre informasjon om svangerskapet, om fødsel og om hva det innebærer å bli foreldre. Imidlertid kan kursing under svangerskapet omfatte mye mer: Støtte- og opplæringstiltak som hjelper blivende foreldre til å forstå sine sosiale, emosjonelle, psykiske og fysiske behov gjennom perioden med svangerskap, fødsel og foreldreansvar. Kursene kan fungere som nettverksbygging for foreldre. Fødeavdelinger arrangerer også omvisning på avdelingen i forbindelse med kurs" (89).

Söderström har intervjuet gravide kvinner innlagt på rusinstitusjon om deres mentale forberedelse til å bli foreldre (80;82).

I en undersøkelse fra Storbritannia mente helsepersonell at det viktigste målet med svangerskapskursene var å bygge opp kvinnens tillit til sin egen evne til å føde barn og ha omsorg for dem (116). Studier har også vist at kvinnens tanker og forventninger i svangerskapet predikerer tilknytning og kommunikasjonsferdigheter (117).

Foreldreferdigheter blant kvinner i rusbehandling er undersøkt i Baltimore (118).

Vurdering

Svangerskapet er egnet for å legge grunnlag for gode fremtidige relasjoner mellom foreldre og barn. Kvinnen/paret gleder seg oftest til å bli foreldre og er motiverte og mottakelige for informasjon. For kvinnen/paret vil det være særlig viktig å kunne formidle tanker, følelser og undring vedrørende det å gå gravid og å skape en familie. Det å være gravid bringer imidlertid ofte opp forhold fra egen bakgrunn og oppvekst, og mange kan ha behov for bearbeidelse av vanskelige opplevelser. Det er viktig å sette av tid til slik refleksjon og tilby videre henvisning hvis nødvendig.

Hvis kvinnen/paret i LAR deltar på ordinære svangerskapskurs, vil de få kontakt med andre i tilsvarende situasjon. Hvis kvinnen/paret ikke føler seg komfortable med å gå på svangerskapskurs rettet inn mot øvrige gravide, bør opplæring individualiseres ut fra kvinnens/parets behov og forutsetninger. Det finnes spesielle tilbud til vanskeligstilte gravide noen steder i landet.

Anbefalinger

1. *Deltakelse på svangerskapskurs bør drøftes med kvinnen/paret. Individuell kursing og opplæring bør legges opp ut fra behov og forutsetninger. **D***
2. *Henvisning til psykologoppfølging bør vurderes ved behov. **C***

6.3.4 Forsterket tilbud til gravide/spesialisert helsestasjon

Bakgrunn

Det er opprettet forsterket tilbud til gravide med særlige behov flere steder i Norge. Tilbudene har ulik forankring og finnes både på spesialisthelsetjenestenivå (f.eks. Ullevålteamet i Oslo) og i kommunehelsetjenesten (f.eks. forsterket helsestasjon i Kristiansand) (85;119;120). Tiltakene har mye erfaring med kvinner som har særlige behov og kompetanse om rutiner vedrørende fødsel og eventuell behandling av den nyfødte. Enkelte tilbyr også egne svangerskapskurs.

Slike tilbud er også beskrevet fra andre land (121).

De forskjellige tiltakene er omtalt i vedlegg 10.2 bak i retningslinjen.

Vurdering

Å henvise kvinnen til et forsterket tilbud kan trygge henne i forberedelsene til fødselen og styrke hennes opplevelse av forutsigbarhet og kontroll. Samtidig bør deltakelse være et reelt frivillig tilbud. Oppfølging fra ordinær helsestasjon som skal følge opp barnet i spedbarnsperioden kan ofte være et godt alternativ (se også 8.3.1). Hvem som skal tilby oppfølging må imidlertid ses i sammenheng med hvordan det lokale tjenesteapparatet er organisert.

Anbefalinger

1. De forsterkede tilbudene bør ha kompetanse om LAR og graviditet. **D**
2. Kvinnen/paret henvises til forsterkede tilbud etter behov og ønske. **D**

6.3.5 Barneverntjenestens rolle i svangerskapet

Bakgrunn

Barneverntjenesten vil være en aktuell samarbeidspartner allerede i graviditeten i mange av sakene. Familien kan ha eldre barn som mottar tjenester fra barnevernet.

Barnevernloven (99) gjelder i utgangspunktet fra det tidspunktet barnet er født. Det er ulik praksis fra kommune til kommune når det gjelder i hvilken grad barneverntjenesten involverer seg i saker som gjelder ufødte barn. Noen steder mener barneverntjenesten at sosialtjenesten eller andre har ansvaret til barnet er født. Andre steder starter barneverntjenesten samarbeidet tidlig gjennom deltakelse i ansvarsgruppe og tilbud om råd og veiledning eller fødselsforberedende hjelpetiltak.

Kvinnen må gi samtykke til kontakt med barneverntjenesten i svangerskapet. Barneverntjenesten tilbyr alt fra rådgivning og ulike tiltak i hjemmet til opphold i heldøgnstiltak. Når det er behov for tiltak fra barnevernets side etter fødsel, bør samarbeid etableres tidligst mulig for å skape forutsigbarhet for kvinnen/paret og sikre optimal oppfølging (122).

Vurdering

Gode vilkår under svangerskap og fødsel er viktig for å etablere et godt forhold mellom mor og barn og en god start på barnets liv. Det er derfor viktig at den gravide starter samarbeidet med barneverntjenesten i svangerskapet når det er risiko for omsorgssvikt og behov for mer omfattende hjelp etter fødselen enn andre tjenester kan tilby. Vordende mødre som lever i en vanskelig livssituasjon vil ha ulik grad av kjennskap til barneverntjenestens hjelpetilbud.

Selv om det er ønskelig å etablere et godt samarbeid med barneverntjenesten allerede i svangerskapet kan mange av kvinnene i LAR ha motstand mot å etablere et samarbeid med bakgrunn i egne vanskelige erfaringer med barneverntjenesten. Slike forhold bør drøftes åpent, og press bør ikke utvises der kvinnen ikke ønsker et samarbeid i svangerskapet. Se for øvrig kap. 8, hvor barneverntjenestens rolle omtales mer utførlig.

Barneverntjenesten vil som regel ha behov for å samarbeide med og få informasjon fra andre involverte instanser for å kunne gjøre en helhetlig vurdering av behov og tiltak, se også kap 8.3.4.

Det er mulig for kvinnen å ta kontakt med barneverntjenesten når som helst i svangerskapet for å kunne drøfte aktuelle problemstillinger anonymt.

Anbefalinger

1. *Behovet for å ha kontakt med barneverntjenesten i svangerskapet bør drøftes med gravide i LAR. Den gravide/paret informeres om barnevernets tilbud i svangerskapet og etter fødsel. Hvis situasjonen tilsier behov for tiltak fra barneverntjenesten, bør den gravide/paret motiveres til at kontakt etableres tidlig i svangerskapet. **C***
2. *Den gravide må alltid gi sitt samtykke til kontakt med barneverntjenesten. **D***
3. *Barneverntjenesten har ansvar for å vurdere hvilken hjelp familien trenger, og bør ved behov starte sitt arbeid i svangerskapet. I saker hvor barnevernet får en aktiv rolle, bør barnevernet utarbeide en plan for videre samarbeid, sammen med foreldre og andre aktuelle instanser. Planen bør tydeliggjøre ansvars- og oppgavefordeling og innarbeides i kvinnens individuelle plan (IP). **D***

6.4 Svangerskapsomsorg

De faglige retningslinjene for svangerskapsomsorgen ligger til grunn for oppfølgingen av alle gravide i Norge. I disse forklares blant annet utfordringene med at helsetjenestenes struktur kan hindre at kvinner får oppfylt sine ønsker om kontinuitet og sammenheng mellom svangerskap, fødsel og barseltid (89).

Mange kvinner i LAR har overgrepssproblematikk og prostitusjonserfaring og vil trenge spesiell tilrettelegging i forbindelse med gynekologisk undersøkelse og fødsel.

Noen studier viser at kvinner som bruker metadon eller buprenorfin, har økt risiko for å føde for tidlig (14;59). Det er også en risiko for mangelfull tilvekst hos fosteret (21;105). Studier som sammenligner kvinner i legemiddelassisterte tiltak med og uten omfattende oppfølging under graviditet, viser en reduksjon i risiko for for tidlig fødsel og for lav fødselsvekt for barnet for kvinnene som mottok utvidet oppfølging (123-125). Studier viser også at kvinner som er i LAR i hele graviditeten føder større barn nærmere termin og røyker mindre enn kvinner som kommer i behandling senere i graviditeten (126). Undersøkelser viser at gravide kvinner i metadonbehandling møter hyppigere til svangerskapskontroller enn kvinner som bruker rusmidler under svangerskapet (127;128).

Flertallet av gravide i LAR røyker. Dette er en tilleggsrisiko når det gjelder vekstretardasjon og bør vies stor oppmerksomhet (se 6.5.9) (129).

6.4.1 Samarbeid og samhandling

Bakgrunn

Når det gjelder kvinner i LAR vil kontinuitet i oppfølging mellom svangerskap, fødsel og barseltid være særlig utfordrende, da flere aktører enn i ordinær svangerskapsomsorg

er involvert og forventes å samarbeide. Et godt samarbeid mellom fastlege, jordmor, fødeavdeling, helsesøster og andre aktører er utfordrende, men av stor betydning for å få til et godt forløp for kvinnene. I dette kapittelet omtales først og fremst forhold som er spesielle for gravide i LAR og hva man bør være spesielt oppmerksom på.

Fastlegen har ansvar for planlegging og koordinering av individrettet forebyggende arbeid, undersøkelse og behandling og vil ofte være sentral i samarbeidet.

Vurdering

Svangerskapskontrollene for gravide i LAR bør skje i et tett samarbeid mellom fastlege, jordmor og spesialisthelsetjeneste. Den som foretar svangerskapskontrollene i kommunen, enten jordmor og/eller fastlege, bør delta i kvinnens ansvarsgruppe. Mot slutten av svangerskapet bør helsesøster inviteres inn i kvinnens ansvarsgruppe for å gi informasjon og planlegge helsestasjonens oppfølging av barn og familie etter fødsel.

Planen for svangerskapskontroll må tidlig integreres i kvinnens individuelle plan/ behandlingsplan.

Anbefalinger

1. Første kontroll bør skje hos fastlegen. Kvinnen/paret bør tilbys tett og fleksibel oppfølging av jordmor. Ansvarsfordelingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten bør avklares tidlig. **D**
2. Det bør være et nært samarbeid med lege med LAR-kompetanse i tverrfaglig spesialisert behandling. **D**
3. Det bør, i svangerskapsuke 28-30, etableres kontakt med helsestasjon og andre aktuelle samarbeidspartnere med ansvar for oppfølging etter fødsel. **D**

6.4.2 Fysisk helse

Bakgrunn

Kvinner som får barn i LAR, har overhyppighet av fysiske helseproblemer knyttet til tidligere tilværelse som injiserende misbrukere. Kvinnene har økt hyppighet av tilstander som dyp venetrombose, hjerteklaffproblematikk, astma (på grunn av røyking) og en rekke andre tilstander (130).

Hepatitt C-viruset (HCV) er en av hovedårsakene til kronisk aktiv hepatitt med utvikling av levercirrhose (skrumplever) hos en del av pasientene. Smitteoverføring skjer via kroppsvæsker og blod. En undersøkelse foretatt ved Folkehelseinstituttet av et tilfeldig utvalg gravide viste en prevalens på 0,7 % av HCV (131;132). Forekomsten hos gravide som har benyttet sprøyter er mellom 60 og 90 %. Overføringsraten for smitte fra en anti-HCV-positiv kvinne til fosteret i svangerskapet er under 10 % (133;134).

Hepatitt B-virus (HBV) gir akutt hepatitt og kan gi kronisk bærertilstand. HBV smitter gjennom seksuell kontakt, blod, mellom husstandsmedlemmer og fra mor til foster under svangerskapet. Hvis mor er kronisk bærer av hepatitt B (positiv HBsAg), er risikoen for overføring til fosteret mellom 30 (HBeAg negativ) og 85 % (HBeAg positiv) (135). Mor-barn-overføringen av HBV kan forebygges med omtrent 95 % effektivitet ved å gi vaksine og imunglobulin til barnet ved fødselen (136).

HIV (humant immunsviktivirus) smitter gjennom seksuell aktivitet, blod og fra mor til foster under svangerskapet. I Norge er det siden 1983 registrert 63 barn smittet under svangerskapet. I Norge anbefales HIV-positive gravide antiviral kombinasjonsbehandling og keisersnitt, og de anbefales ikke å amme barnet (se kap.7.3.2). Som følge av disse tiltakene vurderes smitterisiko fra mor til barn til under 2 % (137).

Vurdering

Kvinnene bør forklares betydningen av testing for hepatitt B, C og HIV. Det foreligger god dokumentasjon på at behandling av mor som er positiv på HBV og HIV hindrer smitteoverføring til fosteret.

Det er ikke dokumentert at behandling eller spesielle forholdsregler under graviditet kan redusere smitterisikoen for barnet hvis mor er hepatitt C virus positiv. Det er heller ikke dokumentert i hvilken grad sykdomsforløpet hos et smittet barn kan påvirkes av tidlig behandling. Antiviral behandling av voksne med hepatitt C reduserer forekomsten av hepatitt C antigen (HCAg) betydelig (138). Kvinnen vil med andre ord ha en betydelig helsegevinst av behandling av hepatitt C hvis hun ikke allerede har gjennomgått slik behandling. Derfor bør den gravide kvinnen anbefales HCV-testing.

Tidligere dokumentasjon på serologisk status når det gjelder hepatitt B og C, samt HIV hos den gravide, kartlegges. Deretter vurderes det hva som trengs av ytterligere serologisk testing og kartlegging av for eksempel leverfunksjon (ASAT, ALAT etc.).

Anbefalinger

- 1 *Gravide i LAR bør informeres om forhold knyttet til hepatitt B, hepatitt C, HIV og tilbys testing hvis aktuelt. **A/C***

6.4.3 Felles for svangerskapskontrollene

Bakgrunn

En del temaer bør tas opp ved samtlige svangerskapskontroller, uavhengig av om de finner sted i kommunen eller på sykehuset.

Vurdering

Flere svangerskapskontroller enn ordinært er påkrevet, for blant annet å følge fostervekst. Plan for kontrollene legges tidlig i svangerskapet og ses i sammenheng med kvinnens

Øvrige behov for støtte og omsorg før, under og etter fødsel. Det er viktig at kvinnen kommer tidlig til kontroll, slik at man kan planlegge svangerskapskontrollene og etablere det samarbeidet som trengs.

Tabell 1 viser anbefalte tidspunkter for de ulike kontrollene, vekslende mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Journalnotat fra kontrollene sendes til den/de andre som foretar svangerskapskontroller. Vær oppmerksom på at det bare er tillatt å utlevere pasientopplysninger/journal mellom helsepersonell dersom det er nødvendig for å gi forsvarlig helsehjelp, og bare dersom pasienten ikke motsetter seg utlevering, §§ 25 og 45 i helsepersonelloven (93).

Anbefalinger

1. Ved hver svangerskapskontroll bør følgende temaer belyses: **C/D**
 - a. Hvordan har oppfølgingen hittil fungert?
 - b. Hvordan oppleves graviditeten?
 - c. Mors fysiske og psykiske helse
 - d. LAR-medisinerings – dose og ev. abstinenser
 - e. Vurdering og planlegging av videre blodprøver og urinprøver
 - f. Kvinnens ev. bruk av vanedannende medikamenter, tobakk, alkohol og andre rusmidler
 - g. Sosiale og økonomiske utfordringer som ikke er tilfredsstillende ivaretatt
 - h. Behov for tilleggsoppfølging eller henvisning
2. Journalnotat fra hver kontroll bør sendes som kopi til den/de andre som foretar svangerskapskontroller. **D**
3. Fødested bør planlegges tidlig i svangerskapet. Plan for fødsel bør kvalitetssikres. **C**

Tabell 1. Skjematisk oversikt over svangerskapskontrollene i kommune og spesialisthelsetjeneste.

	Svangerskapskontroller kommune	Svangerskapskontroller sykehus
1 (uke 6-8)	<p>Utarbeide en plan for svangerskapskontrollene</p> <p>Etablere kontakt med øvrige samarbeidspartnere</p> <p>Orienterer om ultralydundersøkelsene i uke 12, 18, 24 og 32</p> <p>Henvise til lege i TSB</p> <p>Innkalle til møte i ansvarsgruppe</p>	
2 (uke 12)		<p>Ultralydundersøkelse</p> <p>Stadfeste svangerskapet og dets lengde</p> <p>Planlegge videre kontroller i samråd med kommunehelsetjenesten og lege i TSB</p>
3 (uke 16)	<p>Gjennomgå tester som er tatt på første kontroll</p> <p>Revidere plan for svangerskapsomsorgen</p>	
4 (uke 18)		<p>Ultralydundersøkelse</p> <p>Vurdere gestasjonsalder, identifisere flerlinger, morkakens beliggenhet og strukturelle anomalier</p> <p>Vurdere fosterets vekst</p>

	Svangerskapskontroller kommune	Svangerskapskontroller sykehus
5 (uke 21)	<p>Revidere plan for svangerskapsomsorgen</p> <p>Kvinnen og hennes partner henvises til fødeavdelingen og barneavdeling for omvisning og orientering</p>	
6 (uke 24)		<p>Ultralydundersøkelse</p> <p>Vurdere fosterets vekst</p>
7 (uke 28)	<p>Kvalitetssikre informasjon om og planlegging av fødsel</p> <p>Revidere plan for svangerskapsomsorgen</p> <p>Informere om amming</p> <p>Utarbeide skriftlig informasjon som oversendes fødeavdelingen og barneklubben</p>	
8 (uke 32)		<p>Ultralydundersøkelse</p> <p>Vurdere vekst</p> <p>Vurdere ev. videre kontroll før fødsel</p>
9 (uke 36)	<p>Informasjon om LAR-medikament og andre medikamenter til fødeavdeling</p>	
10 (uke 38)	<p>Rutineundersøkelse</p>	
11 (uke 40)	<p>Rutineundersøkelse</p>	
12 (uke 41)	<p>Henvises til overtidsvurdering</p>	

6.4.4 Svangerskapsomsorg i kommunen

Bakgrunn

De fleste svangerskapskontrollene vil foregå i kommunen i regi av fastlege og jordmor som for andre gravide. Det er en del forhold som likevel er spesielle for denne gruppen som fordrer ekstra oppmerksomhet.

Vurdering

Fastlege og/eller jordmor (139) gir informasjon og setter av tilstrekkelig tid til å snakke med kvinnen/partneren om muligheter og utfordringer. For øvrig vil gravide i LAR trenge all den informasjonen som andre gravide får. Kvinnen bør henvises til tidlig ultralyd for å konstatere svangerskapets lengde og gis informasjon om videre oppfølging.

Det er videre viktig å være oppmerksom på andre forhold som røyking, svangerskapskvalme/oppkast (hyperemesis) og mulig rusmiddelbruk. Kvalme/oppkast under svangerskapet kan skape problemer ved inntak av LAR-medikamentet (se 6.5.4).

Urinprøver og serumprøver planlegges i nært samarbeid mellom fastlege og lege i tverrfaglig spesialisert behandling med LAR-kompetanse (se 6.5.5 og 6.5.6).

Anbefalinger

1. Ved **første kontroll** hos fastlege i **svangerskapsuke 6-8** bør det **C/D**
 - a. utarbeides en plan for svangerskapskontrollene
 - b. etableres kontakt med aktuelle samarbeidspartnere
 - c. orienteres om ultralydundersøkelsene i uke 12, 18, 24 og 32
 - d. henvises til lege i TSB med LAR-kompetanse
 - e. innkalles til møte i ansvarsgruppe, ev. kontaktes koordinator i ansvarsgruppen i samråd med kvinnen
2. Ved **tredje kontroll i svangerskapsuke 16** bør det **D**
 - a. gjennomgås, diskuteres og noteres resultatene av tester som er tatt på første kontroll
 - b. revideres plan for svangerskapsomsorgen
3. Ved **femte kontroll i svangerskapsuke 21** bør det **D**
 - a. revideres plan for svangerskapsomsorgen
 - b. helsestasjon kontaktes om oppfølgingsplan for mor og barn etter fødsel.
 - c. henvises til fødeavdelingen, slik at kvinnen og partneren får omvisning og orientering om avdelingens rutiner for gravide i LAR og til barneklubben for omvisning og orientering om avdelingens rutiner for observasjon og behandling av barnet etter fødselen

4. Ved **syvende kontroll i svangerskapsuke 28** bør det **C/D**
 - a. kvalitetssikres informasjon om og planlegging av fødsel
 - b. revideres plan for svangerskapsomsorgen
 - c. informeres om amming og diskuteres forhold knyttet til amming
 - d. i samarbeid med den gravide utarbeides skriftlig informasjon som oversendes fødeavdelingen og barneklubben. Denne informasjonen skal inneholde opplysninger om svangerskapets forløp, medikamentbruk i svangerskapet, ev. bruk av rusmidler, spesielle behov under oppholdet på fødeavdelingen, opplysninger om barnets far (hvis aktuelt), samt tidligere fødsler og omsorgssituasjon for egne barn

5. Ved **niende kontroll i svangerskapsuke 36: C/D**
 - a. Fastlegen har ansvaret for at fødeavdelingen mottar informasjon om dosering og administrasjon av LAR-legemiddel, annen medisiner under svangerskapet og planene for LAR-medisiner etter fødsel.
 - b. Plan for svangerskapsomsorgen revideres

7. Ved **tiende kontroll i svangerskapsuke 38** (rutineundersøkelse)

8. Ved **ellevte kontroll i svangerskapsuke 40** (rutineundersøkelse)

9. Ved **tolvte kontroll i svangerskapsuke 41**
 - a. Henvises det til overtidsvurdering **C**

6.4.5 Svangerskapsomsorg på sykehus

Bakgrunn

Gjennomgang av litteraturen viser at den største risikoen i et LAR-svangerskap er vekstretardasjon, for tidlig fødsel og NAS. Ca to tredjedeler av barn født av kvinner i LAR, vil få abstinenssymptomer (NAS) som krever nedtrapping med opioider. Det vises til kapittel 7.2, som omhandler dette temaet spesielt.

Vurdering

Gravide i LAR har ofte problemstillinger som trenger spesiell oppmerksomhet og håndtering (se også 6.5). Kvinnene vil ofte uroe seg for ikke å få tilstrekkelig smertelindring under fødselen. I tillegg kan kvinnene være engstelige for oppholdet både på føde-, barsel- og barneavdelingen. Det er viktig at kvinnen/paret får tilstrekkelig informasjon før oppholdet og opplever forutsigbarhet. Dårlige erfaringer fra tidligere fødsler og opphold i fødeavdelingen skaper usikkerhet på hvordan de blir møtt og ivaretatt, og denne bekymringen må møtes med forståelse, tydelige rutiner og konsistent informasjon fra aktører som samhandler godt. Helsepersonell bør utvise godt skjønn og gjøre individuelle vurderinger for den enkelte gravide.

Det er hensiktsmessig at spesialistoppfølgingen skjer på de utpekte sykehusene (se 7.1.1), blant annet fordi kvinnen/paret da kan gjøre seg kjent med sykehuset hvor fødselen skal finne sted, og fordi kontakter kan knyttes til barneavdeling etc.

Anbefalinger

1. *Ultralydvurdering av gravide i LAR bør utføres av spesialist i gynekologi og obstetikk eller jordmor med ultralydutdanning **C***
2. *Det bør foretas fire ultralydkontroller: **C***
 - a. *Ved 12 uker*
 - b. *Ved 18 uker*
 - c. *Ved 24 uker*
 - d. *Ved 32 uker*
3. *Ved **andre kontroll - ultralyd i svangerskapsuke 12** bør **C***
 - a. *svangerskapet og dets lengde stadfestes*
 - b. *videre kontroller planlegges i samråd med kommunehelsetjenesten og lege med LAR-kompetanse i TSB*
4. *Ved **fjerde kontroll - ultralyd i svangerskapsuke 18** bør **C***
 - a. *gestasjonsalder vurderes, flerlinger, morkakens beliggenhet, og strukturelle anomalier identifiseres*
 - b. *fosterets vekst vurderes*
5. *Ved **sjette kontroll - ultralyd i svangerskapsuke 24** bør **C***
 - a. *veksten vurderes*
6. *Ved **åttende kontroll – ultralyd i svangerskapsuke 32** bør **C***
 - a. *veksten vurderes*
 - b. *ev. videre kontroll før fødsel vurderes*

6.5 Oppfølging fra tverrfaglig spesialisert behandling (TSB)

De fleste som blir gravide i LAR har vært lenge i behandling. Mange har derfor all oppfølging fra kommunene ved fastlege, ev. kommunalt LAR-tiltak og sosialsenter. Noen av kvinnene som blir gravide har imidlertid kort tid bak seg i LAR og har behov for mer omfattende oppfølging fra TSB.

TSB har et overordnet ansvar for veiledning og opplæring i problemstillinger knyttet til medisinske forhold, planlegging av praktiske rutiner rundt fødeopphold og spesifikke medisinskfaglige råd gjennom graviditeten, og kvinnen vil derfor henvises tilbake til TSB for denne typen oppfølging.

Det finnes noen mindre, randomiserte, kontrollerte studier som har undersøkt effekten av utvidet behandling for gravide i metadonbehandling (123;124). Disse studiene viser at kvinner med økt oppfølging går hyppigere til svangerskontroll, føder nærmere termin og får barn med høyere fødselsvekt.

6.5.1 Generelt

Bakgrunn

TSB har et overordnet ansvar for behandlingen av LAR-pasienter. Gravide i LAR har høy prioritet når det gjelder behandling. Det er variabelt i hvilken grad det enkelte TSB-tiltak har kompetanse om arbeid med gravide generelt og gravide i LAR spesielt.

Vurdering

TSB må opparbeide seg kompetanse på å arbeide med gravide i LAR, gravide som bruker rusmidler og kvinner som tidligere har hatt problemer med rusmiddelbruk. Hvis et nasjonalt kompetansesenter etableres, jf. 8.4.1, vil et slikt senter kunne veilede både TSB og kommunehelsetjenestene på dette området.

Når graviditet stadfestes bør kvinnen umiddelbart henvises til TSB for spesifikk graviditetsoppfølging. Enhet for TSB (med kompetanse på gravide i LAR) underrettes om graviditeten og tar del i oppfølgingen av kvinnen. TSB skal også gi råd og veiledning til fastlege og andre samarbeidspartnere. Oppfølging av kvinnen under fødsel og barselid bør planlegges spesielt (se 6.6.6).

Anbefalinger

1. Når graviditeten oppdages, bør den videre oppfølgingen av LAR samordnes med lege og konsulent i TSB. **D**
2. Når fødselen nærmer seg, bør det lages planer for fødselsoppholdet mht. medisiner og utlevering av LAR-medikament og ev. urinprøvekontroll. **D**

6.5.2 Medikamentell behandling (LAR-medikamentet)

Bakgrunn

Endringer i omsetning av LAR-legemiddelet ved graviditet

Metadon er et syntetisk opioid med en halveringstid hos ikke-gravide på 15 til 40 timer. Graviditeten kjennetegnes av økte væskeansamlinger i kroppen (oftest opp mot 6 liter i slutten av graviditeten) og økte fettlagre. Distribusjonsvolumet for metadon og andre legemidler endres derfor i graviditeten, og studier viser at halveringstiden for metadon endres til ca. 10 timer mot slutten av graviditeten (140-145). Når blodvolumet øker, faller metadonkonsentrasjonen, og metadonnivåene i serum er signifikant lavere i tredje trimester enn etter fødsel, forårsaket av en blanding av faktorer knyttet til mor, morkake og foster.

Å dele døgndosen slik at kvinnen får 2/3 om morgenen og 1/3 om kvelden (evt. 1/2 + 1/2) bør prøves før den samlede dosen ev. økes. Delt døgndose av LAR-medikament vil oftest gi en jevnere døgncurve når det gjelder serumsnivået av metadon. Dette gjelder også buprenorfin. Når metabolismen (omsetning av legemiddelet) og fordelingsvolumet øker som et resultat av svangerskapet, vil en del kvinner oppleve abstinens. Klinisk erfaring og forskning (146) viser at mange av kvinnene blir mindre abstinente når døgndosen deles i to. En kanadisk studie viser at fosterbevegelsene blir mindre affisert ved delt dosering enn én dosering metadon pr. døgn (147). Liknende funn gjør forskere fra Baltimore (148), og dette viser at også fosteret synes å profitere på delt metadondosering til kvinnen.

Metadon eller buprenorfin?

Internasjonalt har metadon blitt brukt i behandling av opioidavhengige gravide siden tidlig i 70-årene (105;128). Det siste tiåret har også buprenorfin i økende grad blitt brukt som et alternativ til metadon i graviditet (46;49;149-152). Nylig har vi også fått flere randomiserte, kontrollerte studier som sammenligner bruk av metadon og buprenorfin i graviditet (16;153) og også en rekke andre studier hvor disse medikamentene sammenliknes (14;43;51;149).

Den største og nyeste av disse studiene er multisenterundersøkelsen MOTHER (17;22;25), hvor resultatene har blitt publisert etter at studien ble avsluttet ved årsskiftet 2009/2010. Resultatene viste at nyfødte eksponert for buprenorfin i fosterlivet trengte mindre morfindose totalt til behandling av NAS, ble behandlet færre dager og lå kortere tid på sykehus enn nyfødte eksponert for metadon. På den annen side droppet flere av kvinnene ut av buprenorfinbehandlingen i svangerskapet. En ny studie ser på tre mødre som har hatt svangerskap både med metadon og buprenorfin (154).

I nyere studier har man sett på hvordan fosteret reagerer på metadoneksponering (155-160). Det dokumenteres at fostre som eksponeres for metadon, har noe lavere hjerterytme frekvens og beveger seg noe mindre inne i livmoren. Dette gjelder i særlig grad like etter inntak av metadon. Buprenorfin kan synes å ha visse fordeler også når det gjelder fosterbevegelser og fosterets hjerterytme fremfor metadon i noen mindre studier, men da deltakerantallet i studiene er lavt, er det for tidlig å trekke noen konklusjon (24) på foretrukket medikament. Buprenorfin kan også synes å ha fordeler fremfor metadon når det gjelder nevrologisk utvikling hos 4 måneders gamle barn hvor Visual Evoked Potentials (VEP) ble målt i en studie fra Australia (161). I studien var det et betydelig bruk av rusmidler ved siden av LAR-medikamentet, inkludert alkohol i alle de undersøkte gruppene.

De aller fleste gravide i LAR i Norge er som tidligere nevnt allerede i LAR når graviditeten oppdages. Det å ev. skulle bytte fra metadon til buprenorfin vil medføre en stor belastning for kvinne og foster og vil sjelden være aktuelt. Det finnes en mindre studie fra Baltimore som beskriver hvordan dette ev. kan gjøres (162).

Retningslinjer fra WHO og andre land

Verdens helseorganisasjon (WHO) anbefaler at vedlikeholdsbehandling med opioider brukes i behandlingen av gravide opioidavhengige (18). I den samme retningslinjen foretrekkes metadon fremfor buprenorfin til gravide, men også buprenorfin kan brukes i graviditeten. Brukes buprenorfin i svangerskapet, bør imidlertid monopreparat (uten

nalokson) velges. Begrunnelsen er at det ikke kan utelukkes at små mengder nalokson absorberes, og sikkerhet for fosteret er ikke klarlagt når det gjelder nalokson.

Amerikanske (88), australske (86;87), svenske (163) og danske (164) retningslinjer som omhandler graviditet, anbefaler opprettholdelse av LAR i svangerskap hos opioidavhengige kvinner. Artikler som oppsummerer forskning, gir videre en god oversikt over medikamentell behandling i svangerskapet (20;22).

Sammenheng mellom dosering og NAS

Den internasjonale forskningslitteraturen er, spesielt når det gjelder enkelte problemstillinger, motstridende. Når det gjelder dosering av metadon/buprenorfin i svangerskapet og forekomst og alvorlighet av neonatalt abstinenssyndrom (NAS) hos den nyfødte, finner noen studier ingen sammenheng (6;51;165;165-171), mens andre tyder på sammenheng mellom grad av NAS og dosering av metadon i svangerskapet (172-181). En oversiktsartikkel fra 2005 oppsummerer en del av disse funnene og gir en skjematisk oversikt over de ulike studiene (105). En nylig publisert oversiktsartikkel fra Irland viser ingen sammenheng mellom mors dosering av metadon i slutten av graviditeten og alvorlighet av NAS hos den nyfødte. I studien inngikk kun prospektive studier og studier hvor et objektivt skåringssystem for NAS var benyttet (182). I en ny amerikansk studie fant man ingen sammenheng mellom mengde metadon eller rusmidler fosteret fikk tilført (målt i mekonium/barnebek) og mors dosering metadon eller NAS hos den nyfødte (183).

Høyere dosering av metadon har, i flere studier, vist å gi mindre misbruk av rusmidler (166;184). Studier viser også at jo tidligere kvinnen begynner med metadon i graviditeten, desto bedre er tilstanden til den nyfødte (184;185). Metadoneksponerte fostre får høyere fødselsvekt enn fostre eksponert for heroin (186-188). En ny norsk undersøkelse viser at barn med lav fødselsvekt utvikler langt hyppigere psykisk sykdom enn jevngamle med normal fødselsvekt (189).

Vurdering

Hovedanbefalingen fra de internasjonale ekspertene er entydig; metadon eller buprenorfin skal opprettholdes under graviditet, og ved behov skal doseringen av medikamentet økes.

Det er viktig at helheten i kvinnens og fosterets situasjon vurderes nøye. Kvinnens symptomer og mening legges til grunn for videre planer for dosering av LAR-medikamentet. Vurderingen bør også omfatte hjemmesituasjonen (omsorg for andre barn), erfaring med eventuelt tidligere nedtrappingsforsøk, kvinnens bruk av andre medikamenter, rusmidler og nikotin, samt grad av oppfølging under graviditeten.

Videre bør dosering av LAR-medikament vurderes. Kvinnen bør ha en dosering av LAR-medikament i svangerskapet som ikke gir henne abstinenser. Serumnivå samt hennes egen vurdering av hvordan hun føler seg bør ligge til grunn. Endringene i omsetning av LAR-medikamentet, kan medføre økt abstinens i siste del av svangerskapet. Noen kan tolerere dette, mens andre vil ha behov for økt dosering. Det er imidlertid store individuelle forskjeller på hvor plaget kvinnene blir ved uendret dosering av LAR-medikament i siste del av svangerskapet.

Er kvinnen abstinent og har lav serumkonsentrasjon, bør metadondosen økes i intervaller på 5-10 mg av gangen med en ukes mellomrom avhengig av klinikk og prøvesvar. Tilsvarende proporsjonale økning vil gjelde for buprenorfin.

Kvinnen/paret bør gis grundig informasjon om LAR-medikamentets virkning på fosteret og mulige konsekvenser for den nyfødte (fordeler og ulemper), se også 6.2.2.

Anbefalinger

1. *Metadon eller buprenorfin bør opprettholdes under graviditet. Metadon og buprenorfin ansees for å være likeverdige preparater. Pasienten bør beholde medikamentet hun står på ved starten av graviditeten. Metadon/ buprenorfindoseringen holdes på et slikt nivå at kvinnen ikke plages av betydelige abstinenser. Buprenorfin bør gis i form av et preparat uten nalokson (Subutex®). **B/C***
2. *Medikamentdosen bør deles hvis kvinnen får symptomer på abstinens, for eksempel slik at ca. 2/3 av doseringen gis om morgenen og 1/3 om kvelden. Deling av dosering bør foretas uavhengig av endringer i medikamentdoseringen. Hvis kvinnen til tross for deling av medikamentdosering får symptomer på økende abstinens, bør doseringen økes dersom kvinnen ønsker det. **C***
3. *TSB-lege med LAR-kompetanse bør delta i utvidet ansvarsgruppe tidligst mulig i svangerskapet, for å gi informasjon og råd om LAR-medikament. Hvis annen lege har ansvaret for LAR-medikamentet, bør TSB-lege konsulteres og ansvarsfordeling avtales. Kvinnen bør til konsultasjon hos TSB-lege minimum 1-3 ganger i løpet av svangerskapet. **D***

6.5.3 Nedtrapping

Bakgrunn

Dokumentasjon for sikkerhet ved nedtrapping i graviditeten er mangelfull. En eldre studie (190) så på 100 fødsler hvor mor hadde blitt avrust fra heroin i svangerskapet. Man fant en dødfødsel, to perinatale dødsfall og 34 barn med lav fødselsvekt. To mødre døde av overdose 2 og 6 uker etter fødselen. En engelsk studie undersøker nedtrapping hos heroinavhengige gravide. Studien antyder at nedtrapping i første trimester kan gi økt abortfrekvens, men at nedtrapping i 2. og 3. trimester neppe medfører senabort eller for tidlig fødsel (191). I et brev til redaktøren fra Newman med svar fra Luty diskuteres funnene og realismen i nedtrapping under graviditet (192).

Vi har funnet få studier som omhandler nedtrapping hos metadonpasienter (193;194), men noen studier ser på dosering av metadon i svangerskap i sammenheng med abstinenser hos barnet (177). I en Cochrane-oppsummering refereres en studie som viser at det er liten sannsynlighet for NAS hvis metadondosen er under 20 mg/dag (27;195). I tillegg er det

usikker sammenheng mellom dosering av LAR-medikament og grad og varighet av NAS (se 6.5.2). Det finnes få studier hvor nedtrapping har vært en del av intervensjonen, mens flere studier har fulgt kvinner på adekvat dose gjennom svangerskapet (177;196).

En studie viser at kvinner som reduserte metadondoseringen i svangerskapet, fikk barn med høyere fødselsvekt (197).

En svensk studie av metadonpasienter (ikke gravide) viser at kun et fåtall (under 5-10 % av dem som prøver) lykkes med nedtrapping uten å falle tilbake til misbruk (198). De internasjonale ekspertene/forskerne som deltok på oppstartkonferansen i 2007 frarådet nedtrapping under graviditet med bakgrunn i risiko for abort og for tidlig fødsel og risiko for tilbakefall til heroin og andre illegale rusmidler for kvinnen (9;105).

Upublisert materiale fra Seraf viser at av 89 kvinner som prøvde nedtrapping under svangerskapet, klarte kun 3 kvinner å trappe seg helt av LAR-medikamentet før fødsel (106). Alle de 3 benyttet metadon.

Det er dokumentert at dødeligheten øker hos LAR-pasienter som trappes helt ned fra LAR-medikamentet, sammenlignet med pasienter som forblir i LAR (199). Når det gjelder kvinner i LAR, har vi ett dokumentert dødsfall i Norge hos en kvinne som valgte å trappe seg helt av LAR-medikamentet under svangerskapet.

Vurdering

Det er ingen norske studier som omhandler nedtrapping hos gravide i LAR. Det finnes en del klinisk erfaring både når det gjelder poliklinisk nedtrapping og nedtrapping på institusjon. Oppsummert kan vi si at enkelte kvinner har klart å trappe seg langt eller helt ned på LAR-medikamentet med begrensede plager. Andre kvinner har blitt svært abstinente selv ved minimal nedtrapping. Det synes med andre ord å være store individuelle forskjeller. De erfaringene som finnes er viktige, men ikke systematisert på en måte som gjør at vi har god nok kunnskap om emnet.

Tidligere har man ofte tatt utgangspunkt i at hvis kvinnen har det bra, så har også fosteret det bra. Antagelig er dette langt på vei riktig. Samtidig er det viktig å huske at kvinnen og fosteret er forskjellige individer som kan reagere ulikt på en nedtrapping. Man kan sannsynligvis både ha situasjoner hvor kvinnen er abstinent og fosteret i liten grad eller den motsatte situasjonen hvor kvinnen er lite abstinent, mens fosteret har betydelige abstinenser.

Teoretisk sett hadde det beste vært om kvinnen kunne trappet seg helt ned fra LAR-medikamentet før hun ble gravid. Det er imidlertid slik at avhengighet av opiater ikke er noe man kan kvitte seg med dersom man ønsker seg barn eller har blitt gravid. Dessuten er det økt risiko for tilbakefall til heroinmisbruk og død etter avsluttet LAR. Kvinnen er oftest stabilisert på medikamentet når graviditeten oppdages, da de fleste graviditetene er uplanlagte. Fosteret har derfor allerede blitt eksponert for medikamentet og vil mest sannsynlig bli abstinent når kvinnen trapper ned.

Det har vært diskutert med fødselsleger om fosterets velbefinnende under en eventuell nedtrapping kan undersøkes med spesifikke metoder. Det er kun de vanlige undersøkelsene,

som SF(symfyse-fundus)-mål, kvinnens vektøkning, hjertelydundersøkelse av fosteret samt ultralyd, som i praksis kan brukes til å følge hvordan fosteret har det under nedtrappingen. Disse undersøkelsene kan i begrenset grad måle sikkerheten ved nedtrappingen.

Hensikten med en eventuell nedtrapping under graviditet er å forhindre abstinenser hos det nyfødte barnet. Fosteret trappes ned sammen med kvinnen og vi har pr. i dag ingen mulighet til å overvåke fosterets reaksjoner under nedtrappingen. Etter fødselen, derimot, vil den nyfødte kunne følges tett opp og behandles for eventuelle abstinenser.

Vår hovedanbefaling følger derfor de internasjonale anbefalingene om at doseringen av LAR-medikamentet bør opprettholdes under graviditet.

Nedtrappingsspørsmålet bør aldri bli et hovedanliggende for gravide kvinner i LAR. Det kan føre til at andre viktige forhold under graviditeten ikke får nok oppmerksomhet. Mange av kvinnene er redde for ikke å være flinke nok og kan tro at nedtrapping forventes av dem for å beholde omsorgen for barnet. Påvirkningsmakten fra profesjonelle er stor, og det bør ikke utøves press verken indirekte eller direkte mot kvinnen i denne situasjonen.

Nedtrapping under svangerskap bør bare prøves der kvinnen er godt informert om kunnskapsgrunnlaget og mulige konsekvenser. Mange kvinner ønsker selv å trappe ned LAR-medikamentet. Det bør i slike tilfelle samtales om nevnte usikkerheter, og kvinnen må informeres om risikoen for abstinens hos fosteret og den nyfødte, selv om hun trapper langt ned. Kvinnen må også informeres om risiko for økt dødelighet hos pasienter som trappes helt av LAR-medikamentet.

Det bør være kvinnen selv som tar avgjørelsen om nedtrapping, og det bør legges et løp hvor kvinnen har mulighet til å ombestemme seg underveis i tråd med de plager hun opplever. Legen bør forsikre seg om at kvinnen ønsker nedtrapping, og denne bør gjennomføres på en måte som skaper minst mulig abstinenser for kvinnen og fosteret. Innleggelse på institusjon er ofte nødvendig, spesielt i siste halvdel av svangerskapet. Det vil trygge kvinnen at hun får lett tilgang til helsepersonell samtidig som hun kan observeres regelmessig.

En eventuell nedtrapping bør foretas mellom 14. og 32. svangerskapsuke i tråd med risiko for abort og for tidlig fødsel. De siste månedene er den største vekstperioden for fosteret. I denne perioden vil mor og foster i realiteten nedtrappes, selv om doseringen av LAR-medikamentet holdes konstant.

I Norge har man gode muligheter til å undersøke sikkerheten ved nedtrapping i graviditet, og det anbefales derfor at slik forskning igangsettes (kap 2.3).

Anbefalinger

1. *Metadon eller buprenorfin kan trappes noe, eventuelt helt, ned under graviditet forutsatt at nedtrappingen skjer under betryggende forhold (se under). Nedtrappingen bør foretas mellom 14. og 32. svangerskapsuke. **D***

2. *Kvinner som ønsker nedtrapping bør få informasjon om kunnskapsgrunnlaget vedrørende sikkerhet ved nedtrapping. **D***
3. *En medisinsk forsvarlig nedtrapping forutsetter at **D***
 - a. *kvinnen selv ønsker nedtrapping*
 - b. *kvinnen er rusfri*
 - c. *andre vanedannende medikamenter trappes ned først*
 - d. *kvinnen ikke får plagsomme abstinenssymptomer*
 - e. *kvinnen følges opp tett poliklinisk eller på institusjon*
 - f. *kvinnen kan trappes opp dersom hun selv ønsker det, under eller etter svangerskapet*
 - g. *andre medikamenter med uønsket effekt på fosteret vurderes individuelt opp mot betydningen av medisinerings av kvinnen*
4. *Nedtrapping av metadon bør ikke overstige **C***
 - a. *2,5-15 mg/uke for inneliggende pasienter*
 - b. *2,5-10 mg/uke for polikliniske pasienter*

Nedtrapping av buprenorfin bør ikke overstige

 - c. *1-2 mg/uke for inneliggende pasienter*
 - d. *0,4-1,6 mg/uke for polikliniske pasienter*
5. *Nedtrappingen bør avsluttes og medikamentdoseringen stabiliseres (ev. opptrappes) hvis kvinnen ønsker det eller får plagsomme abstinenssymptomer, eller fosterundersøkelser viser at ytterligere nedtrapping ikke er forsvarlig. **D***
6. *Poliklinisk nedtrapping krever tett oppfølging og rask tilgang på ansvarlig lege når kvinnen trenger det eller fosterets situasjon tilsier det. **D***

6.5.4 Utlevering av medikament

Bakgrunn

Pasienter i LAR som blir gravide fortsetter henting av medikament som tidligere, og utleveringssted og ordning vil normalt ikke endres. Det vises til den nasjonale retningslinjen for LAR som beskriver utlevering av legemidler i LAR og fare for illegal omsetning (1). For gravide er det i tillegg særskilte problemstillinger, som for eksempel kvalme/oppkast (hyperemesis), som kan skape problemer ved inntak av LAR-medikamentet.

Vurdering

De fleste gravide i LAR vil fortsette å hente medikamentet på samme sted og med samme utleveringsordning som før de ble gravide. Det kan imidlertid være aktuelt å flytte utleveringssted hvis kvinnen har plager som oppkast ved inntak av medikament.

I situasjoner hvor det er fare for oppkast av medikament og det kan være nødvendig med erstatningsdose, bør overvåket inntak vurderes. Kvinnen bør observeres i 1-2 timer etter inntak av medikamentet. Det vil også for mange være aktuelt med delt dosering av medikamentet utover i graviditeten (se kap.6.5.2).

Det er ingen grunn til at kvinnen skal hente LAR-medikamentet hyppigere dersom hun som følge av graviditeten settes over fra kombinasjonspreparatet buprenorfin med nalokson til et rent buprenorfinpreparat.

Anbefalinger

1. *Det bør utarbeides individuelt tilpassede henterutiner for gravide med plagsom kvalme/oppkast. **D***

6.5.5 Urinprøver

Bakgrunn

Bruk av urinprøver i rusbehandling er vanlig og anses som den sikreste og beste måten å kontrollere inntak av eventuelle rusmidler på og om forskrevet legemiddel tas som avtalt. LAR-forskriften gir hjemmel til å kreve (overvåkede) urinprøver som et ledd i rehabiliteringen. Det påpekes i denne at prøvetaking skal begrenses til det som er nødvendig for å sikre en faglig forsvarlig oppfølging av pasienten (101). Vi skal se litt på de to ulike bestemmelsene som regulerer urinprøver:

Urinprøver til terapeutiske formål (Rundskriv IS-13/2002)

Formålet med denne analysen er oppfølging av behandling. Rekvirent har ansvar for å informere den som avgir prøven om formålet med prøvetakingen. Opplysningene skal innbefatte hvordan resultatet er tenkt brukt i diagnostikk og/eller behandling. Det skal opplyses om at prøvesvaret ikke skal kunne medføre alvorlige sanksjoner, når det gjelder for eksempel foreldrerett til eller samværsrett med barn. Egne kvalitetskrav gjelder, og skriftlige prosedyrer skal være etablert (200).

Urinprøver til kontrollformål (Rundskriv IS-14/2002)

Når analysesvaret kan danne grunnlag for iverksettelse av alvorlige sanksjoner, skal pasienten alltid gi samtykke. Samtykket må være informert. Det vil si at den som gir prøven må ha forstått hva samtykket innebærer og rekkevidden av det. Samtykket må videre være gitt frivillig. Når prøve tas på bakgrunn av avtale, må det fremgå at kravene til gyldig samtykke er ivaretatt, hva formålet med prøven er, og at dette ikke kan endres. Varigheten av avtalen, at den som avgir prøven er inneforstått med mulige negative konsekvenser, og hvilke konsekvenser uteblivelse, manipulering av prøven eller andre brudd på avtalen kan få, må også fremgå av avtalen (201). For gravide innlagt etter §§ 10-3 og 10-4 gjelder egne regler (se kap.6.6.5).

Det er kun laboratorier som arbeider i overensstemmelse med anerkjente prinsipper for god laboratoriepraksis, herunder krav til sporbarhet av måleresultat, kompetanse, intern og

ekstern kvalitetsrevisjon med lukking av avvik, som skal analysere urinprøver brukt til kontrollformål.

Vurdering

Urinprøvehyppigheten bør vurderes når graviditet stadfestes. Hvis kvinnen ved dette tidspunktet er rusfri, er det neppe aktuelt med urinprøver hyppigere enn månedlig. Hvis hun derimot er i risiko for tilbakefall til rusmiddelbruk, kan hyppigere urinprøver avtales (se 6.5.8).

For de fleste gravide i LAR vil urinprøver til terapeutiske formål være tilstrekkelig. LAR-pasienter er vant til å avlegge urinprøver og opplever ofte selv dette som betryggende. I tilfeller hvor prøvesvarene viser inntak av rusmidler, bør man først og fremst ha en undersøkende dialog med pasienten om dette. Hvis kvinnen stiller seg uforstående til svaret, skal man huske på at slike urinprøvesvar kan være feilaktige. En kontrakt om urinprøvetaking til kontrollformål kan være aktuell i de tilfeller hvor kvinnen ruser seg og dialog ikke fører frem (se også 6.6.5 om helse-og omsorgstjenesteloven §§ 10-3 og 10-4).

For gravide i LAR kan en ytterligere begrunnelse for urinprøver være pasientens behov for å dokumentere at hun har vært rusfri i graviditeten.

Anbefalinger

1. *Urinprøvehyppighet bør vurderes ut fra hvor langt kvinnen har kommet i sin rehabilitering. Urinprøver bør tas regelmessig under graviditet, minimum månedlig. C/D*
2. *Hvis urinprøvesvarene viser positive funn, bør særlige tiltak iverksettes (kap 6.5.8 og 6.6.5). D*

6.5.6 Blodprøver

Bakgrunn

I tillegg til blodprøver tatt i forbindelse med svangerskapskontrollene, bør gravide få målt nivå av LAR-medikament. Serumkonsentrasjon av metadon er også viktig for å bestemme doseringen (1). Det terapeutiske vinduet for konsentrasjon av metadon i serum er fra 600 til 1200 nmol/l. Når det gjelder buprenorfin er nytteverdien av serumkonsentrasjon mer usikker (174).

Vurdering

Kvinnens oppfatning av doseringsnivået for LAR-medikamentet bør være den viktigste informasjonen når legen justerer dose av LAR-medikament. Serumkonsentrasjonsmålinger supplerer de anamnesticke opplysningene.

Det er viktig at serumprøven tas på en standardisert måte og er en såkalt nullprøve (prøven tas medikamentfastende, dvs. før morgenens dosering av LAR-medikament inntas). Kvinnen skal ha stått på samme medikamentdose og inntatt medikamentet til samme tid (hvis hun deler dosering av LAR-medikament bør dette også gjøres før konsentrasjonsbestemmelse) i minimum 14 dager før en konsentrasjonsprøve blir tatt. Blodprøver for å kontrollere konsentrasjonen av metadon i serum bør tas regelmessig.

Anbefalinger

1. *Serumkonsentrasjoner av metadon bør tas månedlig under graviditeten. **D***

6.5.7 Andre medikamenter

Bakgrunn

Mange kvinner bruker andre medikamenter når de blir gravide (202), og pasienter i LAR kan også ha forskrivning av andre medikamenter enn metadon/buprenorfin. Mellom 20 og 40 % av pasientene i LAR får forskrevet benzodiazepiner selv om dette frarådes (130). Benzodiazepiner interagerer med LAR-medikamentene på en uheldig måte (203).

Legemidler tilhørende benzodiazepingruppen er ikke anbefalt for gravide. En studie viser sammenheng mellom bruk av benzodiazepiner hos gravide og lavere fødselsvekt (197). Noen studier har vist at bruk av benzodiazepiner under graviditet kan gi økt risiko for leppe- og ganespalte (87). Når disse medisinene brukes i siste del av svangerskapet, kan de også være årsak til "floppy infant syndrome", en tilstand hvor nyfødte er slappe, har lavt blodtrykk, dårlig temperaturregulering og dårlig sugesevne (204).

Antidepressiver (SSRI, trisykliske, andre) er legemidler som hovedsakelig blir brukt mot depresjon og ved angsttilstander. I graviditeten bør imidlertid slike legemidler kun fortsettes etter nøye overveielse av fordeler og ulemper. Noen studier har vist abstinensliknende symptomer etter fødsel hvis kvinnen har fått behandling med SSRI i svangerskapet (86).

Andre nødvendige legemidler bør også vurderes nøye av behandlende lege, og fordelene for moren veies opp mot eventuelle ulemper for fosteret.

Vurdering

Brå seponering av benzodiazepiner og antidepressiver bør unngås. Kvinnens totale situasjon vurderes nøye. Rapporter viser at en brå slutt på behandlingen kan gi raskt tilbakefall og av og til øke de symptomene kvinnen hadde.

Anbefalinger

1. *Benzodiazepiner og andre vanedannende legemidler bør nedtrappes på en medisinsk forsvarlig måte så snart som mulig og før en eventuell nedtrapping av LAR-medikamentet starter. Sammen med en forsvarlig nedtrapping anbefales støttetiltak som samtaler og god tilgjengelighet fra behandlende lege. **C***
2. *For andre medikamenter som kvinnen benytter, bør nytten ved videre bruk vurderes opp mot sannsynlige/mulige skadevirkninger på fosteret. **B***

6.5.8 Bruk av alkohol og andre rusmidler

Bakgrunn

Alkohol regnes for å være det mest fosterskadelige rusmiddelet under graviditet (205). Nyere forskning har vist at selv mindre mengder i kritiske faser i graviditeten kan føre til skader på barnet (206-209). Av norske kvinner i LAR som er undersøkt for rusmidler i svangerskapet fant man lite bruk av alkohol (51).

Det finnes en rekke screeninginstrumenter for å fange opp alkoholbruk i graviditet. TWEAK-instrumentet anses som spesielt nyttig for å kunne fange opp risikofylt bruk av alkohol hos gravide (210-212). Instrumentet er nylig oversatt til norsk.

Inntak av rusmidler ved siden av behandlingen er vanlig i utenlandske studier og innebærer komplikasjoner for mor og barn (58;188;213;214). I Norge er det mindre vanlig at gravide kvinner i LAR bruker rusmidler (se 2.2.3). Vi har god oversikt over gravide i LAR og relativt tett oppfølging av kvinnen. I tillegg virker sannsynligvis muligheten for tvangsinnleggelse i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3 (kap.6.6.5) preventivt når det gjelder bruk av rusmidler i svangerskapet. Det er likevel slik at noen gravide i LAR har inntak av rusmidler, selv om dette er vanligst før graviditeten oppdages (50;51). De vanligste rusmidlene som inntas er benzodiazepiner og cannabis.

Vurdering

Målsettingen for alle gravide i LAR er et rusfritt svangerskap, hvor kvinnen kun bruker det forskrevne LAR-medikamentet. Det er viktig å formidle en holdning om at rusmiddelmisbruk ikke ses på som forenlig med graviditet og omsorgsansvar. Hvis rusmiddelmisbruk oppdages bør prosedyrer som beskrevet under 7.3.6 følges.

Alle gravide bør snakkes med om alkoholbruk. Ved kartlegging av alkoholkonsum er det viktig å være oppmerksom på måten det spørres på. Kartlegging av pasienter har vist en underrapportering hvis man spør generelt om alkoholbruk.

Erfaringer viser at enkelte kvinner, særlig ved nedtrapping av LAR-medikament, vil velge å injisere deler av eller hele medikamentdosen, for å få bedre effekt, ev. ruseffekt. Dette er

forhold som erfaringsmessig er vanskelig å avdekke, og TSB bør trekkes med hvis mistanke om injisering oppstår. Gravide i LAR bør informeres om farene ved injisering av LAR-medikament.

Anbefalinger

1. *Kvinnen bør informeres nøye om betydningen av et alkoholfritt svangerskap, og at bruk av andre rusmidler i svangerskap ikke tolereres. **C***
2. *Den gravides bruk av alkohol og andre rusmidler inklusiv mengde/hyppighet bør kartlegges regelmessig gjennom svangerskapet. TWEAK-instrumentet bør brukes til kartlegging av alkoholbruk hos den gravide. **D***
3. *Ved bruk av alkohol eller andre rusmidler i svangerskapet bør relevante tiltak settes i gang i samarbeid med kvinnen og TSB. **D***

6.5.9 Røyking i svangerskapet

Bakgrunn

Røyking i svangerskapet er relatert til lavere fødselsvekt. I en stor norsk studie som undersøkte fødselsvekten til barn, fant man at kvinner som røykte daglig i svangerskapet fikk barn som i gjennomsnitt veide ca. 200 g mindre enn kvinner som ikke røykte (129). Studier har vist at røykere har en forhøyet risiko for andre komplikasjoner, som dødfødsel, krybbedød (215), morkakesvikt og morkakeløsning (216). Det ser ut til at røyking kan være assosiert med forsterkede og mer langvarige abstinenser hos den nyfødte (217). En norsk studie viser at kvinner som røyker i graviditeten har større sjanse for å få utagerende barn (218). Faktorer som påvirker om den gravide fortsetter å røyke har også vært studert (219).

Ca.90 % av kvinner i LAR røyker når graviditeten oppdages. De fleste fortsetter å røyke i svangerskapet. I den norske undersøkelsen som fulgte 38 kvinner, røykte 37 daglig, selv om mange reduserte antall sigaretter betraktelig etter at graviditeten var stadfestet (51).

Retningslinjen for svangerskapsomsorgen (89) og nasjonale faglige retningslinjer for røykeavvenning i primærhelsetjenesten (220) er grundige bakgrunnsdokumenter.

Tiltak for å redusere røyking i grupper med lav sosioøkonomisk status har vært undersøkt av Kunnskapssenteret (221), likeledes legemidler til røykeslutt for den generelle befolkning (222). Intervensjoner for å oppmuntre til røykeslutt i svangerskapet er godt dokumentert i en Cochrane-oppsumming (216). Motiverende intervju er en metode som kan benyttes og som har vist seg effektiv (223). En ny kunnskapsoppsumming dokumenterer effekten av ulike nikotinlegemidler for gravide som røyker (224). En studie viser at mange pasienter i vedlikeholdsbehandling ønsker å slutte og røyke, mens deres behandlere i mindre grad har tro på at kvinnen skal klare det (225). Kvinner i substitusjonsbehandling som er medisineret

mot depresjon har vært undersøkt i Baltimore (225). Sosial- og helsedirektoratet ga i 2004 ut et røykesluttprogram for gravide (226).

Vurdering

Røykeslutt/-reduksjon hos kvinner i LAR har hittil fått for liten oppmerksomhet. Tiden rundt svangerskap og den påfølgende omsorgsperioden for små barn er kartlagt som en livsfase hvor røykere ofte overveier å endre sine røykevaner (227;228).

Erfaringen er at mange kvinner i LAR er kjent med skadevirkningene og ønsker å redusere røykingen så mye som mulig. Det bør kartlegges hvorvidt kvinnen har en røykende partner og stimulere til felles innsats for røykeslutt/-reduksjon. Det bør ikke utøves press om røykeslutt, men temaet bør tas opp regelmessig gjennom graviditeten med kvinnen/paret.

Kommunikasjon er viktig for å få til atferdsendring. Endring av vaner er en prosess i flere stadier, og veiledningen som blir gitt av helsepersonell må tilpasses det enkelte individ etter hvor hun er i en eventuell endringsprosess. Helsedirektoratet har utarbeidet et kommunikasjonsverktøy for helsepersonell som jobber med røykeslutt i svangerskapsomsorgen (229).

Kvinner som ikke klarer å slutte, og/eller som skårer høyt på nikotinavhengighet, kan i samråd med lege bruke nikotinlegemidler.

Anbefalinger

1. *Kvinnens bruk av sigaretter bør kartlegges regelmessig gjennom svangerskapet. Informasjon om skadevirkninger av tobakk og fordeler med røykeslutt bør gis. **B***
2. *Kvinnen bør oppfordres til røykeslutt/røykereduksjon. Hun bør tilbys røykeavvenning tidlig i graviditeten. Det bør informeres om relevante røykesluttilbud (røykesluttkurs, røyketelefonen og slutta.no). **C***
3. *Nikotinlegemidler kan brukes av gravide etter legevurdering. **D***

6.6 Behov for ytterligere støtte og behandling

6.6.1 Psykososiale faktorer

Bakgrunn

Noen gravide i LAR vil være i en stabil livssituasjon, ha en velfungerende partner og være godt forberedt på foreldrerollen, mens andre vil ha større hjelpebehov. Det er viktig å vurdere hvilke ressurser og behov den enkelte gravide og familien har, som grunnlag for å sette inn riktige tiltak. En Cochraneoppsummering ser på psykososiale intervensjoner for gravide i poliklinisk rusbehandling og konkluderer med at strategier som inkluderer belønningssystemer

(contingency management) er effektive for å få kvinner til å forbli i behandling og redusere sitt inntak av rusmidler (230). En fransk studie fokuserer på to forskjellige grupper i substitusjonsbehandling, en som er velfungerende og en med større grad av problemer (231).

Å bruke LAR-medikament i svangerskapet innebærer ofte mer stress og usikkerhet sammenlignet med å gjennomføre svangerskap uten medikamenter. I tillegg har kvinnene som gruppe en rekke bakgrunnsfaktorer som gjør at psykososial støtte kan være nødvendig. Mange av kvinnene har vonde opplevelser knyttet til tidligere svangerskap og har eldre barn som de har mistet omsorgen for. De kan også ha erfaringer som omsorgssvikt, vold, tap, traumer, prostitusjon og seksuelle overgrep. Noen opplever at minner og refleksjoner vedrørende disse erfaringene blir sterkere når man venter barn. Ubearbeidet innebærer dette en risiko for vansker i forholdet til barnet og kan være indikasjon for særlig hjelp. I tillegg har de fleste av kvinnene opplevd å bli stigmatisert i sitt misbruksliv og ofte også mens de har vært i behandling. Familiene har ofte dårlig økonomi og liten støtte fra sitt private nettverk (130).

Hypigheten av psykiske lidelser i denne gruppen er stor (23;232;233). Mange av kvinnene har opplevd vold i oppvekstfamilie eller i parforhold (108;109). PTSD–problematikk (posttraumatiske lidelser) forekommer hyppig blant kvinner i substitusjonsbehandling (234).

Mange familier i LAR er i en sosioøkonomisk vanskelig situasjon. Studier viser at dårlige sosioøkonomiske forhold kan ha en sammenheng med senere utviklingsforstyrrelser og atferdsproblemer hos barna (91). Å få barn innebærer store og nye utfordringer for mange. Konkrete bekymringer for økonomi og bolig kan overskygge prosessen med å innstille seg på å bli foreldre. Noen har få eller ingen i det private nettverket og kan av den grunn ha behov for hjelp til å styrke det nettverket (123).

Vurdering

Å ha en misbruksbakgrunn kan være utfordrende i møte med samfunnets forventninger om en ansvarlig foreldrerolle. Familiene forteller at de opplever at det blir stilt enda høyere forventninger til dem enn til andre familier. Samtidig oppleves det å skulle etablere seg som familie som en gylden anledning til å få en akseptert rolle og plassering i normalsamfunnet. Psykososial støtte i form av samtaler med en de har tillit til kan ofte medvirke til at de blir tryggere. Der hvor problemene synes store, bør kvinnen henvises til poliklinisk oppfølging fra psykolog for eksempel ved sped- og småbarnsteam i BUP (som gir tilbud til gravide) eller etableres i et opplegg innenfor distriktpspsykiatriske sentre (DPS) eller tilsvarende.

Det er viktig at hjelpeapparatet har et helhetlig syn på familiens fungering og eventuelle hjelpebehov. Familiene vil være forskjellige og behovene vil variere. I samtaler kan man både få og gi informasjon og støtte og fange opp konkrete behov for bistand, for eksempel med økonomi, bolig, utdanning/arbeid mv. hos familien. Boligsituasjonen bør kartlegges, og kvinnen/paret bør tilbys hjelp til å søke de nødvendige støtteordningene hvis boligsituasjonen er for dårlig. Den økonomiske situasjonen bør vektlegges spesielt. Hvis boligforholdene og den økonomiske situasjonen er for dårlig, kan det være vanskelig å rette oppmerksomheten mot andre nødvendige forhold.

Henvvisning til andre etater må foretas raskt når en fanger opp at det er nødvendig, for eksempel ved psykiske vansker som depresjon, og behov for å bearbeide egne tap/traumer eller liknende.

Hvis sykehuset kvinnen skal føde på er langt unna bosted, kan kvinnen, og ofte også partneren, ha behov for et midlertidig bosted nær sykehuset de siste ukene før fødsel. Kvinnens hjemkommune v/NAV/sosialtjeneste bør i slike situasjoner dekke utgiftene for paret hvis ikke trygdeordninger dekker dem. Det bør også sørges for tilstrekkelig oppfølging av kvinnen/paret både når det gjelder LAR-medisiner og psykososial oppfølging ved midlertidig bosted nær sykehuset.

Anbefalinger

1. *Kvinnen/paret bør tilbys nødvendig oppfølging i form av samtaler der deres eventuelle bekymringer og usikkerhet møtes. **D***
2. *Kvinnen/paret bør få hjelp til å kartlegge den økonomiske situasjonen. De bør informeres om ulike stønadsordninger og få nødvendig hjelp til økt økonomisk trygghet. **D***
3. *Det bør sendes henvisning til spesialisthelsetjenesten ved behov. **D***

6.6.2 Poliklinisk behandling

Bakgrunn

Utfallet av poliklinisk behandling er forskningsmessig omdiskutert når det gjelder valg av terapeutisk metode. Studier viser at for eksempel kognitiv terapi og motiverende intervju kan ha god effekt, men metoden synes i seg selv å være av mer underordnet betydning. I en rekke studier fremheves den terapeutiske alliansen samt utenomterapeutiske forhold som de elementene med størst betydning for utfallet (235-237). En god allianse kan forstås som følelsesmessige bånd mellom pasient og terapeut, så som at de liker hverandre, stoler på hverandre og respekterer hverandre. Allianse omfatter også de mer kognitive aspekter ved terapiforholdet, som enighet om og forpliktelse når det gjelder målene for terapien og hvordan disse kan nås (238).

Graviditet omtales ofte som en mulighet for kvinner som har eller har hatt rusmiddelproblemer til å gjøre noe grunnleggende med sitt liv (239).

En del utenlandske studier fokuserer på virkemidler som kan bidra til at kvinner møter til behandling (240).

Veileder for vurdering av henvisning til tverrfaglig spesialisert behandling (241) oppgir graviditet og omsorg for små barn som forhold som tilsier prioritering til behandling (242).

Vurdering

De fleste kvinnene har erfaring fra poliklinisk behandling. I svangerskapet kan forhold som trenger bearbeidelse dukke opp. Særlig gjelder dette tanker og minner fra egen barndom og oppvekst og forhold knyttet til tidligere svangerskap og eldre barn. For noen kan også valget om total rusfrihet i fremtiden synes overveldende. Gjennom klinisk erfaring har vi sett at svangerskapet for mange er en gunstig periode, da kvinnen er særlig åpen for refleksjoner, læring og endring. Det er ofte en mindre hektisk periode enn senere. Det kan derfor være lurt å etablere en god poliklinisk kontakt i svangerskapet.

Anbefalinger

1. *Gravide i LAR skal prioriteres til poliklinisk oppfølging ved distriktpspsykiatriske sentre eller TSB. D*

6.6.3 Institusjonsbehandling

Bakgrunn

Institusjonsopphold av kortere eller lengre varighet kan være aktuelt i svangerskapet. I lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, som blant annet omhandler hjelpetiltak, forankres kommunens plikt til å bistå med å etablere et behandlingsopplegg.

Institusjonsopphold før fødsel vil oftest være innen TSB, men vil også kunne være på en institusjon under barneverntjenesten, oftest kalt senter for foreldre og barn (Barnevernloven § 4.4.5) (se kap 8.4.5) (99).

Söderström har intervjuet gravide kvinner og deres partnere mens de har vært innlagt på rusinstitusjon i svangerskapet (80;82;83).

Vurdering

Institusjonsopphold i svangerskapet kan være et godt forebyggende tiltak da det skaper nødvendige rammer rundt kvinnen. Ved rusing bør hjelpetiltak (institusjonsplass) være førstevalg i tråd med bestemmelsen i loven. For noen kvinner vil en kortvarig innleggelse til avrusning og stabilisering være mest aktuelt, mens andre vil trenge innleggelse over lengre perioder. Hvis kvinnen ønsker å trappe seg ned på LAR-medikamentet kan innleggelse på en egnet institusjon for kortere eller lengre perioder være aktuelt (se kap 6.5.3). Det bør legges til rette for at partner kan innlegges på institusjonen sammen med kvinnen der dette er ønskelig. Partners innleggelse på institusjon kan være både som pasient og som ledsager (der partner ikke har eget behandlingsbehov).

Det er viktig at nødvendig informasjon og avtaler rundt LAR-medikament og andre forhold ivaretas ved innleggelse på institusjon.

Etter fødsel og barnets opphold på barneavdeling kan det være aktuelt med et opphold ved en institusjon spesielt tilrettelagt for abstinente barn og deres foreldre. Hvis kvinnen har vært innlagt i svangerskapet, er det hensiktsmessig om familien kan innlegges på samme institusjon etter fødselen. Henvisning til slikt institusjonsopphold bør sendes i god tid før fødselen. De fleste innleggelse skjer i rusinstitusjon med henvisning fra fastlege, TSB eller sosialtjeneste/NAV. Noen steder tilbyr Bufetat opphold i senter for foreldre og barn. Da vil det være den kommunale barneverntjenesten som er henvisende instans.

Anbefalinger

1. *Institusjonsplass i svangerskapet bør drøftes med gravide i LAR ved behov. **D***
2. *Gravide i LAR og ev.partner som har behov for institusjonsopphold, bør prioriteres til inntak hvis situasjonen tilsier det. **D***
3. *Nødvendig informasjon om svangerskapskontroll og LAR-medikament bør gis til institusjonen hvor kvinnen/paret innlegges, og samarbeid og ansvarsdeling avtales. **D***
4. *Det bør sendes henvisning til institusjon som kan ta imot familien etter barselopphold der dette er aktuelt. **D***

6.6.4 Oppbygging/styrking av foreldreferdigheter

Bakgrunn

Noen kvinner i LAR mangler relevant erfaring for å kunne mestre omsorgsoppgaver. Flere har mistet omsorgen for tidligere barn. Slike erfaringer kan mobilisere bekymring og angst for gjentakelse. Forskning har vist at rådgivning, praktisk opplæring og terapeutiske tilbud med refleksjon om barnets behov kan påvirke omsorgsferdighetene og bedre tilknytningen mellom foreldre og barn (80;81). En viktig forutsetning for etablering av gode foreldreferdigheter er rusfrihet.

Vurdering

Allerede i svangerskapet bør det legges til rette for at kvinnen kan knytte seg følelsesmessig til sitt ufødte barn. Noen vil trenge terapeutisk hjelp til dette. Samtaler rundt opplevelsen av svangerskapet, tanker om det ufødte barnet og fantasier knyttet til fremtiden vil være viktig for å mestre en foreldrerolle som krever både empati og selvtillit. Etter fødsel vil mange ha nytte av profesjonell hjelp der barnets særskilte behov kartlegges, slik tilfellet ofte er hvis barnet er abstinent.

Foreldre trenger også konkret veiledning i hvordan de skal gi tilstrekkelig og tilrettelagt omsorg til et barn som ofte krever mer struktur enn vanlige spedbarn. Dette fordrer både en kognitiv og følelsesmessig erkjennelse hos foreldrene.

For enkelte kan det være tilstrekkelig med god kontakt med helsestasjonen, mens andre vil ha behov for mer spesialisert hjelp og støtte til å oppbygge/opprettholde foreldreferdigheter både på det praktiske og psykologiske planet. Andre igjen vil ha fordel av et institusjonsopphold der det arbeides mer systematisk med mentaliseringsprosesser parallelt med at omsorgen for barnet følges opp på en strukturert og prosessorientert måte (se 8.4.5).

Jordmor, fastlege og andre fagpersoner i ansvarsgruppen bør vurdere om andre instanser, som for eksempel BUP eller barneavdeling ved sykehuset, må trekkes inn for å sikre at foreldreferdighetene blir tilstrekkelig styrket.

Anbefalinger

1. *Mors tilknytning til det ufødte barnet bør vurderes av jordmor eller fastlege og hjelp bør ev. tilbys for å styrke tilknytningen. **C***
2. *Ved behov for ytterligere forberedelse til foreldrerollen bør den gravide få tilbud om veiledning fra kommunepsykolog, ev. henvises til psykisk helsevern for barn og unge v/lokal BUP. Lokal BUP bør prioritere slike saker. **D***
3. *Foreldrene bør tilbys individuelt tilpasset veiledning når det gjelder foreldrerollen og barns utvikling og behov. **C***
4. *Den gravide, ev. med partner, bør henvises til institusjonsopphold i TSB eller senter for foreldre og barn når det foreligger mer omfattende vansker. **D***

6.6.5 Tvangstiltak overfor rusmiddelavhengige

Bakgrunn

Fra 01.01.96 har det vært mulig å holde tilbake rusmiddelmisbrukere i institusjon uten eget samtykke i hele eller deler av svangerskapet. Tvangsbestemmelsene hjemler tilbakeholdelse og ikke tvangsbehandling. Fra 01.01.12 er det rettslige grunnlaget forankret i helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 10. Tvangstiltak overfor rusmiddelavhengige (98).

Rokkansenteret evaluerte lovbestemmelsene om tilbakehold i sosialtjenesteloven i 2010 på oppdrag fra Helsedirektoratet. De evaluerte både lovbestemmelsene, de forskjellige aktørenes arbeid og intervjuet pasienter og pårørende (243).

Lovhjemmelen (tidligere § 6-2a i sosialtjenesteloven) anvendes relativt sjeldent for gravide i LAR, da kvinnen oftest stopper ev.bruk av rusmidler ved frivillige tiltak. Den nye lovteksten er som følger:

§ 10-3 Tilbakeholdelse av gravide rusmiddelavhengige

Det kan vedtas at en gravid rusmiddelavhengig uten eget samtykke skal tas inn på institusjon utpekt av regionalt helseforetak, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a andre ledd, og holdes tilbake der i hele svangerskapet dersom misbruket er av en slik art at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade, og dersom hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig. Fylkesnemnda skal samtidig ta stilling til om det skal være adgang til å ta urinprøver av den gravide under institusjonsoppholdet.

Inntakets formål er å hindre eller begrense sannsynligheten for at barnet påføres skade. Under oppholdet skal det legges vekt på at kvinnen tilbys tilfredsstillende hjelp for sitt rusmiddelmisbruk og for å bli i stand til å ta vare på barnet.

Kommunen skal, i samråd med institusjonen, minst hver tredje måned vurdere om det fortsatt er grunnlag for tilbakeholdelse. Tilbakeholdelsen kan bare fortsette dersom kommunen treffer avgjørelse om det innen denne fristen.

Kommunen kan la være å sette et vedtak i verk om forholdene tilsier det. Er vedtaket ikke satt i verk innen to uker, faller det bort.

Et midlertidig vedtak etter første ledd kan treffes av kommunen dersom de interesser bestemmelsen skal ivareta kan bli vesentlig skadelidende dersom vedtak ikke treffes og gjennomføres straks. For øvrig gjelder reglene i barnevernloven §§ 7-22 og 7-23.

Er det truffet midlertidig vedtak, skal forslag til endelig vedtak sendes fylkesnemnda innen to uker. Dersom saken ikke er sendt til fylkesnemnda innen denne fristen, faller vedtaket bort.

Ansvaret for å reise sak etter §10-3 har den kommunen der den rusmiddelavhengige oppholder seg. Ved avtale mellom de berørte kommunene kan ansvaret overføres til annen kommune som den rusmiddelavhengige har tilknytning til. Det vises for øvrig til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester kapittel 10 som omhandler foruten tilbakeholdet, også innledning til sak etter § 10-6, overprøving i tingretten etter § 10-7 og ansvaret for å reise tvangssak etter §10-8.

Offentlige ansatte har meldeplikt når det gjelder kjennskap til situasjoner hvor § 10-3 kan komme til anvendelse (Helsepersonellovens § 32 og annet aktuelt lovverk) (93;100).

En annen aktuell lovbestemmelse er § 10-4, som krever samtykke fra kvinnen om tilbakeholdelse:

§ 10-4 Tilbakehold i institusjon på grunnlag av eget samtykke

Når en rusmiddelavhengig på grunnlag av eget samtykke blir tatt inn i en institusjon utpekt av regionalt helseforetak, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 andre ledd, kan institusjonen sette som vilkår at den rusmiddelavhengige kan holdes tilbake i opptil tre uker regnet fra inntaket.

Ved opphold i en institusjon med sikte på behandling eller opplæring i minst tre måneder kan det også settes som vilkår at den rusmiddelavhengige kan holdes tilbake i opptil tre

uker etter at samtykket uttrykkelig er trukket tilbake. Tilbakehold kan bare skje opptil tre ganger for hvert opphold. Dersom den rusmiddelavhengige rømmer, men blir brakt tilbake innen tre uker, regnes utgangspunktet for tilbakeholdsfristen fra det tidspunkt den rusmiddelavhengige er brakt tilbake til institusjonen.

Samtykket skal være skriftlig og skal gis institusjonsledelsen senest når oppholdet begynner. Slikt samtykke kan også gis ved direkte overgang fra opphold med hjemmel i §§ 10-2 og 10-3. Før den rusmiddelavhengige gir sitt samtykke, skal han eller hun gjøres kjent med eventuelle vilkår som nevnt i første og andre ledd.

Institusjonen kan sette som vilkår for oppholdet at den rusmiddelavhengige før oppholdet begynner, gir samtykke til at det kan tas urinprøver under institusjonsoppholdet.

Et barn over 12 år med rusproblemer kan tas inn i institusjon på grunnlag av samtykke fra barnet selv og de som har foreldreansvaret. Har barnet fylt 16 år, er barnets samtykke tilstrekkelig.

Vurdering

En viktig innvendig når det gjelder bruk av tvang er at en slik inngripen kan svekke tillitsforholdet mellom misbrukeren og det offentlige hjelpeapparatet. Forholdet mellom tvang, frivillighet og tillit er komplisert og krever en særlig åpenhet fra hjelpeapparatet. Ulike løsninger bør drøftes åpent, og alternativer bør veies mot hverandre. Samtidig er det avgjørende å få stoppet vedvarende og/eller gjentatt rusing i svangerskapet. En inngripen etter § 10-3 skal kun benyttes der frivillige alternativer vurderes som utilstrekkelige. Det er viktig at kvinnen selv får komme med forslag om hvordan situasjonen best kan løses. Uforutsigbarhet i form av at hjelpeapparatet planlegger inngripen uten å informere kvinnen vil kunne redusere den tillitten som er nødvendig for et godt samarbeid.

Anbefalinger

- 1. Det bør etterstrebes dialog om mulige løsninger, herunder frivillige tiltak, eventuelt § 10-4 i helse- og omsorgstjenesteloven.*
- 2. Hvis kvinnen ikke klarer å avslutte bruk av rusmidler ved hjelp av frivillige tiltak eller slike tiltak vurderes som utilstrekkelige, skal det vurderes om melding til sosialtjenesten skal sendes, med tanke på bruk av helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3.*

6.6.6 Fødselsforberedelser

Bakgrunn

Til tross for at de fleste gravide i LAR har en stabil livssituasjon og et langt rehabiliteringsforløp bak seg, vil mange være engstelige for fødselen. En pilotstudie som undersøkte 56 kvinner i LAR viste at over halvparten hadde fått barn tidligere (50). Tidligere erfaringer fra

graviditet og fødsel, som for mange fant sted i et liv preget av rusmiddelmissbruk, kommer opp, og også spørsmål rundt den forestående fødselen. Eksempler: "Vil jeg få nødvendig smertelindring? Vil jeg bli tatt i mot som andre fødende? Vil min hepatitt C få konsekvenser for oppholdet? Hva vil skje med barnet etter fødsel?" Hvis slike spørsmål forblir ubesvarte, vil mange av kvinnene oppleve seg ekstra sårbare og grue seg unødige til fødsel og sykehusopphold.

Vurdering

Det bør tas hensyn til behov for spesiell tilrettelegging, for eksempel ved å tilby individuelt alternativ når den gravide ikke ønsker eller mestrer svangerskapskurs i form av ordinære gruppetilbud.

Når kvinnen blir lagt inn for fødsel er hun som regel på sykehuset i kort tid. Den nyfødte forblir imidlertid sykehusets pasient i (i følge vår anbefaling) minst 1 uke. Mors videre behandling er ikke sykehusets ansvar, samtidig vil kvinnen være på sykehuset det meste av tiden og en del spørsmål knyttet til LAR-medikamentet og liknende vil naturlig komme opp. Det er derfor viktig å planlegge fødselsoppholdet ved å sørge for at ansvarsforholdene er avklart, og at oppholdet er godt planlagt på det praktiske planet.

Forhold som medikamentjustering, medikamenthenting og avlegging av urinprøver bør være planlagt av mors behandlingskontakt innenfor TSB. Det bør imidlertid være mulig for kvinnen å bruke kontakten fra barneavdeling (som også har vært til stede i ansvarsgruppe før fødsel) som en fagperson hvis uforutsette ting i tilknytning til behandlingen kommer opp. En kontakt på sykehuset med en koordinerende funksjon vil kunne bidra til å øke kvinnens trygghet når det gjelder egen behandling. Koordinatoren vil også sikre kontinuiteten og kunne gripe inn hvis ting ikke fungerer godt nok eller det er grunn til bekymring (se også 7.3.4).

Hvis kvinnen skal føde på et sykehus som ligger et annet sted enn på hjemstedet, vil hun, og eventuelt partneren, være nødt til midlertidig å flytte til byen en viss tid før fødselen. I den forbindelse bør spørsmålet om risiko for tilbakefall til rusbruk diskuteres med kvinnen og eventuelt partneren.

Kvinnen bør også opplyses om muligheten for å ha med seg støtteperson ved fødselen. Dette er kanskje særlig aktuelt for enslige kvinner.

Kvinnen bør få tilstrekkelig informasjon om smertelindring ved fødsel, da mange av kvinnene er engstelig for at de ikke vil få tilstrekkelig smertelindring på grunn av sitt tidligere rusmiddelmissbruk.

Anbefalinger

1. *Kvinnen/paret bør tilbys fødselsforberedende kurs, ev. i form av individuelt tilpasset undervisning. **D***
2. *Det bør i god tid før termin (uke 28-32) arrangeres et fødselsforberedende møte med deltakelse fra føde- og barneavdeling, samt TSB og koordinator for kvinnens ansvarsgruppe, hvor fødsel og barselopphold planlegges. **D***
3. *Under møtet på sykehuset i svangerskapet avtales det hvem som skal ha ansvar for mors, og eventuelt fars, LAR-behandling mens barnet er innlagt på barneavdelingen. **D***
4. *Kvinnen/paret bør gis mulighet til å besøke føde-, barsel- og nyfødtafdeling i god tid før fødselen. **D***
5. *Kvinnen/paret bør få utpekt en person fra sykehuset med en koordinerende funksjon som ivaretar kontinuitet i kontakten med sykehuset under sykehusoppholdet, samt før og etter fødsel. Koordinator for kvinnens/barnets kontakt med sykehuset bør primært tillegges det tverrfaglige teamet (se 8.4.2) eller barneavdelingen, som vil ha langvarig kontakt med barnet/familien. **D***
6. *Kvinnen/paret bør gis informasjon om symptomer som ligger til grunn for hvordan NAS skåres og bakgrunnen for å igangsette behandling av den nyfødte. Denne informasjonen gis i god tid før fødsel av ansatte på nyfødtafdeling. **D***

6.7 Opioidavhengige gravide som ikke er i LAR

Bakgrunn

Verdens helseorganisasjon og de fleste vestlige land anbefaler start av metadonbehandling for heroinavhengige gravide (18;22). I Norge er igangsetting av LAR hos gravide som er i et opioiddominert misbruk, omdiskutert. I mange tilfeller har disse kvinnene blitt innlagt etter tvangshjemmelen i sosialtjenesteloven § 6-2a (nå Helse- og omsorgstjenesteloven, § 10.3). De siste årene har det vært en nedgang i antallet opioidavhengige gravide som ikke er i LAR. Dette rapporteres fra flere institusjoner som tar i mot gravide opioidavhengige til behandling.

Vurdering

Når en kvinne som bruker heroin blir gravid, må det først avklares om kvinnen ønsker å fortsette svangerskapet. Nødvendig bistand til søknad om abort må gis i de tilfeller svangerskapet ønskes avbrutt. Dersom kvinnen ønsker abort, har hun rett til å velge mellom kirurgisk og medisinsk abort. Dette følger av pasientrettighetsloven § 3-2 som gir

pasienten rett til å medvirke i valg av tilgjengelige og forsvarlige behandlingsmetoder. Det er imidlertid viktig å være oppmerksom på at ikke alle sykehus tilbyr begge alternativene.

Hvis kvinnen ønsker å fortsette graviditeten, bør totalsituasjonen vurderes nøye. Buprenorfin bør velges som stabiliseringsmedikament hvis kvinnen er abstinent, primært fordi buprenorfin er lettere å trappe ned, men også fordi nyere forskning tyder på at buprenorfin kan være fordelaktig i forhold til metadon i graviditeten (se kap 6.5.2).

I Norge har man gode tiltak for gravide rusmiddelmissbrukere som ikke er i LAR, og slike alternativer bør vurderes først. I så fall bør en nøye plan for oppfølging i svangerskapet utarbeides med aktuelle fagpersoner i kommune og spesialisthelsetjeneste. Dette ligger utenfor denne retningslinjens mandat, selv om en rekke av de tiltakene som beskrives her vil være aktuelle.

Søknad til LAR kan være aktuelt. En søknad til LAR er frivillig og bør ikke presses på kvinnen. Hvis søknad til LAR vurderes som aktuelt, må det sikres oppfølging fra det lokale hjelpeapparat, jf. LAR-retningslinjen (1). En søknad til LAR bør behandles snarest mulig, jf. Veileder for henvisning til TSB (241), der gravide har prioritet. Kvinnen bør innlegges på institusjon og om nødvendig stabiliseres med medikamenter mens situasjonen avklares.

En del forhold bør vurderes i samarbeid med kvinnen for at hun kan ta stilling til om en søknad om LAR skal sendes:

- Kvinnens eget ønske
- Hvor langt hun har kommet i svangerskapet
- Lengde på opioidavhengigheten, samt hyppighet og mengde opioider brukt de siste 14 dagene
- Misbruk/avhengighet av andre rusmidler eller medikamenter
- Om kvinnen er stabilisert på LAR-medikament på forhånd (ved illegalt kjøp eller på annen måte)
- Somatisk og/eller psykisk sykdom
- Om kvinnen ønsker innleggelse på institusjon
- Sosial situasjon (jobb, omsorg for barn, nettverk, bolig)

I første trimester kan nedtrapping av igangsatt buprenorfin- eller metadonbehandling gi økt risiko for spontanabort (191).

Disse anbefalingene gjelder uavhengig av om kvinnen er frivillig innlagt eller innlagt etter helse- og omsorgstjenestelovens §§ 10-3 eller 10-4.

Anbefalinger

1. *Kvinnen bør tilbys plass på en døgninstitusjon innenfor TSB for stabilisering og utredning. **C***
2. *Bruken av samtlige rusmidler og vanedannende medikamenter i svangerskapet bør kartlegges (varighet, hyppighet og mengde). **D***
3. *Etter innleggelse på institusjon: Hvis kvinnen er abstinent, bør hun medisineres med buprenorfin, ev. metadon, for å stabilisere situasjonen. **C***
 - a. *Igangsetting av buprenorfinbehandling: Første dosering: 2 mg (testdose), deretter kan ytterligere 4-8 mg gis etter 1-2 timer. Ved abstinens tillegg av 2 mg hver 6.time. 2.dag: 1. dags totale dosering + ev. noe økning ved abstinens*
 - b. *Igangsetting av metadonbehandling: Første dosering 10-30 mg. Ved abstinens tillegg av 5-10 mg hver 6 time. 2. dag: 1. dags totale dosering + ev. noe øking ved abstinens*
4. *Buprenorfin- eller metadondoseringen bør stabiliseres på et nivå hvor kvinnen ikke er abstinent. **D***
5. *Annen nødvendig abstinensbehandling og eventuell nedtrapping av benzodiazepiner bør igangsettes. **D***
6. *Totalsituasjonen bør kartlegges, og følgende alternativer for medisinerer bør presenteres for kvinnen: **D***
 - a. *Nedtrapping av buprenorfin eller metadon etter 6.5.3 (se vurdering)*
 - b. *Søknad om inklusjon i LAR*
7. *Gravide opioidavhengige bør få en snarest mulig utredning og vurdering når det gjelder spørsmålet om inklusjon i LAR. **C***

7 Fødsel og nyfødtperiode

7.1 Fødsel

På samme måte som svangerskap hos en kvinne i LAR er å betrakte som et risikosvangerskap (se kap.6), er det også risiko forbundet med fødsel- og nyfødtperiode. Dette dreier seg først og fremst om risikoen for utvikling av neonatalt abstinenssyndrom (NAS), men også lavere fødselsvekt hos den nyfødte (244). Kvinner med risikosvangerskap er sikret plass på sykehus med spesiell kompetanse (104).

7.1.1 Valg av sykehus

Bakgrunn

Norske føde- og barneavdelinger har begrenset erfaring med å ta imot fødende kvinner i LAR, herunder observasjon og behandling av nyfødte med abstinensproblematikk. Oslo Universitetssykehus Ullevål er det sykehuset i landet med mest erfaring. Andre med en del erfaring er sykehusene i Haugesund, Haukeland i Bergen, St. Olavs hospital i Trondheim, Stavanger og Skien. Seleksjon av fødende til riktig nivå presiseres i ny veileder med kvalitetskrav til fødeinstitusjonene (102).

Vurdering

Føde- og barneavdelingene vil trenge et visst antall fødsler for å opparbeide og opprettholde kompetanse på dette området. Med mellom 30 og 60 fødsler i LAR årlig i årene som kommer, er det ikke hensiktsmessig at samtlige sykehus tar i mot kvinnene og barna deres. De nyfødte trenger spesialisert observasjon og behandling, da over halvparten av dem vil utvikle medikamentkrevende abstinens i dagene etter fødsel (104).

Anbefalinger

1. *Kvinner i LAR bør føde på sykehus med nyfødtavdeling. **C***
2. *De regionale helseforetakene (RHF-ene) bør utpeke et fåtall sykehus i egen region som kan ta imot fødende kvinner i LAR og andre kvinner hvor man kan forvente abstinenser hos den nyfødte. **D***
3. *Det bør etableres et nært samarbeid mellom føde-/barselavdeling, barne-/nyfødtavdeling og TSB ved det enkelte sykehuset for å sikre helhetlig oppfølging og behandling av kvinnen og barnet. **C***

7.1.2 Fødselen

Bakgrunn

Mange av kvinnene gruer seg, av ulike årsaker, til fødselen. Fra den norske undersøkelsen hvor 38 kvinner ble fulgt, var forekomsten av keisersnitt høy (51). Noen av keisersnittene ble foretatt for å etterkomme kvinnenes eget ønske. Tidligere overgrep, vanskelige fødsels-erfaringer, generell angst eller bekymring kan være noen av grunnene til at mange kvinner bekymrer seg for fødselen. Ofte er de også engstelige for at de ikke skal få tilstrekkelig smertelindring og at LAR-medisineringen ikke vil bli riktig administrert. Informasjonsbehovet er stort når det gjelder hvilke mulige smertelindringsalternativer som finnes.

Fra noen studier er det rapportert at kvinner som bruker LAR-medikamenter føder for tidlig (213), men dette synes ikke å være tilfelle i så stor grad i Norge (50;51). En amerikansk undersøkelse har sett på faktorer som har betydning for for tidlig fødsel hos denne pasientgruppen (244).

Vurdering

Hvis kvinnen har vært på fødeavdelingen i løpet av svangerskapet og fått informasjon, vil hun ofte være bedre forberedt. Jordmor som møter kvinnen når hun kommer til fødeavdelingen bør sette av rikelig tid til informasjon og samtale med den fødende og partneren hennes. Å få kvinnen til å føle seg ivaretatt og velkommen i avdelingen, er viktig og vil minske angstnivået.

Kvinnen bør komme tidlig til sykehuset, blant annet for å forberede smertelindring under fødselen. Mange kvinner i LAR har dårlig overflatisk årenett, slik at venøs tilgang kan bli vanskelig. Det bør derfor etableres som en rutine å sikre venøs tilgang og ikke vente til en ev. akutt situasjon skulle oppstå.

Anbefalinger

1. *Kvinnen bør rådes til å ta tidlig kontakt med fødeavdelingen, slik at sykehuset kan gi råd om oppmøtetidspunkt. **D***
2. *Jordmor bør kartlegge hvordan LAR-medisineringen har blitt inntatt de siste dagene og når siste dosering ble tatt. **D***
3. *Venøs tilgang bør sikres tidlig under forløpet. **D***

7.1.3 Valg av smertestillende medisinering under fødselen

Bakgrunn

Vurdering og behandling av smerter hos opioidavhengige pasienter er spesielt krevende da det er ønskelig å unngå under- og overmedisinering. Det er en utbredt misforståelse at

LAR-medikamentet i seg selv gir tilstrekkelig smertelindring under og etter fødsel. LAR-medikamentene gir i liten grad smertestillende effekt hos en fødende kvinne. Det skyldes at hun har oppnådd toleranse for den doseringen hun vanligvis benytter (34;245-248).

Vurdering

Det er viktig at kvinnene får sin faste LAR-medisinerings gjennom fødselsforløpet. Hvis operasjon kan være aktuelt og "null per os" forordnes, kan metadonoppløsningen gis i et veldig lite volum væske (20-30 ml), alternativt som tabletter.

I utgangspunktet skal kvinner i LAR gis samme smertestillende medikamenter som andre fødende. Man vil ofte oppnå nødvendig smertelindring med ikke-medikamentelle metoder, ikke-opioide analgetika (NSAIDs bør unngås under fødselen), lystgass, epidural eller spinalbedøvelse. Pudendalblokkade kan benyttes ved bruk av tang eller vakuumpump eller lokalbedøvelse ved behov for episiotomi (oppklipping i forbindelse med forløsningen).

Av og til kan det være behov for opioidanalgetika. Buprenorfin er en delvis antagonist, og opioider som petidin og morfin vil kunne ha mangelfull effekt. Hvis smertene ikke er for kraftige, oppnår man oftest nødvendig smertelindring ved å gi buprenorfin i små doser hver 6. til 8. time gjennom fødselen (i tillegg til vanlig døgndose). Hvis man ikke oppnår tilstrekkelig smertelindring på denne måten, kan man midlertidig avslutte medisinerings med buprenorfin og erstatte den med en ren opioidagonist. Man må da titrere opioidmedisinerings opp, slik at man først oppnår substitusjonseffekten, deretter den smertestillende effekten.

Anbefalinger

1. *Kvinnen bør gis sin faste LAR-medisinerings under fødselsforløpet. C*
2. *Kvinner i LAR gis smertelindring som andre fødende. C*

7.1.4 Valg av smertestillende medisinerings etter forløsning

En studie fra Johns Hopkins sykehuset i Baltimore fokuserer på smertelindring etter fødsel hos pasienter som bruker metadon eller buprenorfin (248). En oppsummeringsartikkel fra sentrale klinikere fokuserer også på dette temaet (34). Etter fødselen er det oftest tilstrekkelig med smertelindring med ikke-opioide analgetika, NSAIDs og paracetamol. Hvis det er foretatt keisersnitt, kan også NSAIDs brukes, eventuelt i kombinasjon med annen smertelindring.

7.2 Nyfødtprioden

Etter fødselen anbefales det at barnet, og eventuelt foreldrene (der forholdene ligger til rette for det), overføres til nyfødtafdelingen. I en del andre land har man prøvd ut "rooming-

in” hvor mor og barn ligger på samme rom, blant annet i MOTHER-studien (17;22). Dette synes å ha gunstig effekt på både mor og barn.

7.2.1 Nyfødte med dårlig respirasjon

Det har ved flere norske sykehus feilaktig blitt gitt nalokson til nyfødte barn som har vært eksponert for metadon eller buprenorfin i svangerskapet og som har hatt pusteproblemer etter fødselen.

Nyfødte barn eksponert for LAR-medikament, skal ikke gis nalokson ved pusteproblemer

Den nyfødte er under svangerskapet tilvendt opioider og har opparbeidet toleranse. Hvis den nyfødte gis nalokson, kan det utløse svært voldsomme og smertefulle abstinenser. Den nyfødtes respirasjon må sikres på annen måte.

7.2.2 NAS (Neonatalt Abstinenssyndrom)

Bakgrunn

NAS oppstår etter fødselen hos 60 til 80 % av opioideksponerte nyfødte og inntreffer oftest i løpet av de første 72 timene etter fødsel (179;249-252). Syndromet omfatter flere organsystem og kan ubehandlet ha et alvorlig og eventuelt dødelig forløp. Symptomer på irritabilitet i sentralnervesystemet omfatter økt tonus (spenning) i muskulatur, forsterkede reflekser, unormal suging og problemer med matingen. Sår i huden kan forårsakes av hyperaktivitet med motorisk uro. Symptomer fra mage-tarmkanalen omfatter gulping, oppkast og diaré.

Symptomer fra respirasjonssystemet omfatter for rask pustefrekvens og respiratorisk alkalose. Symptomer fra det autonome nervesystemet omfatter nysing, gjesping, tårreflod, svetting og feber. Babyer med NAS har ofte et karakteristisk (high-pitched) skrik (253). Symptomatologien varierer betydelig, fra nyfødte som har mange og alvorlige symptomer, til nyfødte som har få og milde symptomer (29;249;254;255).

Røyking kan også påvirke graden av NAS (217). NAS-grad er assosiert med mors vagustonisititet etter metadoninntak (256). Kvinner som bruker heroin sent i svangerskapet har større sjanse for å få barn med behandlingstrengende NAS enn kvinner stabilisert på metadon (59). Gestasjonsalder ved fødsel og kvinnens bruk av benzodiazepiner predikerer lengden på NAS-behandlingen i en studie fra Philadelphia (257).

En oppsummeringsartikkel fra Irland viser ingen signifikant sammenheng mellom mors dosering av LAR-medikament i slutten av graviditeten og graden av NAS hos den nyfødte (182). Se for øvrig 6.5.2.

Noen studier beskriver lavere forekomst av NAS hos nyfødte som har vært eksponert for buprenorfin i fosterlivet (258), mens andre studier ikke viser noen forskjell i forekomst av NAS mellom metadon- og buprenorfineksponerte nyfødte (51). Premature nyfødte synes å få færre symptomer på NAS. Dette kan skyldes forhold ved den umodne hjernen, som kan

maskere symptomene på NAS eller muligens også kortere eksponering for opioider for barnet (259;260). Hvor lenge de nyfødte med NAS ligger på sykehuset, varierer i forskjellige undersøkelser (17;261).

Vurderinger

Det er behov for standardisering av rutiner rundt diagnostisering og behandling av NAS. Praktisk opplæring av ansatte som skal ha ansvaret for skåring og behandling av den nyfødte bør prioriteres ved sykehus som har dette ansvaret.

Innleggelsen av den nyfødte bør være minimum syv døgn slik at man kan være sikker på at behandlingskrevende NAS oppdages, og slik at nødvendig samarbeid med og rundt familien kan etableres. Utskrivning etter syv døgn vil kun være aktuelt der barnet ikke behandles medikamentelt for NAS.

Anbefalinger

1. Helsepersonell med opplæring og erfaring når det gjelder NAS bør brukes til observasjon og behandling av NAS hos nyfødte. **C**
2. Det bør utvikles nasjonale standarder for observasjon og behandling av NAS basert på det modifiserte Finnegan-skjemaet. **D**
3. Den nyfødte bør være innlagt på nyfødtavdeling sammen med mor i minimum 7 dager etter fødselen. **C**
4. Alle barn som har vært eksponert for LAR-medikament eller andre opioider i svangerskapet, bør følges opp i nyfødtperioden etter disse anbefalingene. **D**

7.2.3 NAS-observasjon

Bakgrunn

Kaltenbach oppsummerte diagnostisering og behandling av NAS i 2007 (34) og Jansson oppsummerte i 2009 skåringssystemer og farmakologisk behandling av NAS (29). Ved Johns Hopkins universitetssykehus har man også sammenliknet NAS-skår for nyfødte som har vært opioideksponert med en kontrollgruppe uten opioideksponering (262). Minst to amerikanske studier viser variasjon i hvilken grad skåringsskjemaer for NAS benyttes, hvordan de brukes og hvor lenge kvinnen holdes på sykehus (263;264). Den samme tendensen viser en undersøkelse av NAS-rutiner fra barneavdelinger i Norge som ble foretatt i forbindelse med dette retningslinjearbeidet. Helsedirektoratet sendte ut et spørreskjema vedrørende rutiner rundt NAS - problematikk til barneavdelinger ved norske sykehus, hvorav syv rapporterte sine erfaringer. Rapporteringen avdekket at barneavdelingene hadde svært ulik håndtering av NAS. Særlig gjaldt dette rutiner for diagnostisering av NAS og start og avslutning av den medikamentelle behandlingen.

Internasjonale anerkjente skåringsskjemaer inkluderer flere versjoner av Finnegans skåringsskjema (249), samt Lipsitz skåringsskjema (265). Ved Aline Barnevernscenter utviklet Sarfi en "døgnklokke". Det er et nyttig klinisk hjelpemiddel som brukes ved mange barneavdelinger og senter for foreldre og barn i Norge. NNNS (Neonatal Intensive Care Unit Network Neurobehavioral Scale) kartlegger nevrologisk og atferdsmessig funksjon hos de nyfødte og tegn på stress/abstinens (266) og kan brukes de første 14 levedager.

Vurdering

Under arbeidet med retningslinjen har vi hatt flere møter med norske barneavdelinger. Følgende vurderinger og anbefalinger er basert på konklusjoner fra disse møtene.

For å få et objektivt mål på hvilke medikamenter og eventuelle rusmidler som den nyfødte har vært eksponert for under svangerskapet, bør det tas urinprøve av den nyfødte snarest mulig etter fødsel. Dette er en urinprøve som kun brukes i diagnostisk sammenheng (se 6.5.5)

Det tilstrebes å få til best mulig kvalitet på observasjoner og standardisert skåring av de nyfødte. Barna bør skåres ca. hver 3. til 4. time og skåringene bør baseres på observasjoner i tidsperioden fra forrige skåring. Barnet bør ikke vekkes for skåringene. Den nyfødte skåres videre i noen dager etter at NAS-behandling er avsluttet. Ved økende symptomer må barnet skåres hyppigere.

Det presiseres at det er sykehusets ansatte som har ansvaret for skåringene, men foreldrene bør trekkes med i skåringen og forklares bakgrunnen, slik at de forstår hvorfor et barn trenger medikamentell behandling. Foreldrene bør lyttes til når det gjelder observasjoner de har gjort av eget barn og som har betydning for vurderingen.

Det fortelles fra nyfødtavdelingene at de av og til opplever at foreldre er opptatt av å bagatellisere tydelige symptomer hos egne barn. I følge avdelingene er dette ofte et uttrykk for et ønske om at barnet ikke skal være abstinert. På den annen side forteller kvinner i LAR at de opplever at for eksempel tegn på gråt og uro, som er vanlig for alle nyfødte, for lett tolkes som symptomer på NAS. Erfarent helsepersonell og god kommunikasjon mellom helsepersonell og foreldre kan bidra til å redusere tilløp til slike konflikter. Særlig oppmerksomhet bør vies måten man snakker om NAS på, slik at mor ikke opplever å bli klandret for den nyfødtes abstinens.

Anbefalinger

1. *Det bør foretas rutinemessig urinprøve av den nyfødte i diagnostisk hensikt snarest etter fødselen. Prøven bør analyseres med hensyn til aktuelle medikamenter (inkludert metadon/buprenorfin) og rusmidler. **D***
2. *Det modifiserte Finnegan-skjemaet og døgnklokke bør benyttes til skåringene av abstinenssymptomer hos den nyfødte. **D***
3. *Den nyfødte bør skåres 3- 5 ganger pr døgn fra fødselen av. Hyppigheten kan reduseres etter noen dager med stabile verdier under 8. Skåringene bør foretas på grunnlag av observasjoner i perioden som har forløpt siden forrige skåring. **C***
4. *Foreldre bør informeres/trekkes med ved skåringene. **D***
5. *Den nyfødte bør skåres fram til utskrivning fra sykehuset. **D***

7.2.4 NAS-behandling

Bakgrunn

To oppdaterte Cochrane-rapporter fra 2010 redegjør for forskjellige medikamentelle behandlinger av NAS (267;268). Andre artikler sammenlikner også forskjellige medikamenter (214;269).

Behandlingen av abstinenser hos den nyfødte omfatter både medikamentelle og ikke-medikamentelle tiltak (29;214;270). De fleste nyfødte som har vært eksponert for opioider i fosterlivet vil ha behov for ikke-medikamentelle tiltak, mens over halvparten av de nyfødte i tillegg vil ha behov for medikamentelle tiltak.

Ikke-medikamentell behandling er tiltak som begrenser mengden av stimuli som den nyfødte utsettes for. Å sørge for dempet belysning, begrense lydinntrykk og unngå sterke lukter, som sigarettøyk og parfyme, er viktige tiltak. Likeledes tåler en del av barna lite kroppskontakt, og svøping av barnet er ofte påkrevet. I tillegg tilrås hyppige, små og kaloririke måltider, da barnet har økt væske- og kaloribehov (249;271;272).

Vurdering

Hvis den nyfødte er skåret og vurdert for medikamentell behandling, bør barnet i tillegg til ikke-medikamentelle tiltak behandles i tråd med anbefalingene under.

Klinisk erfaring tilsier at nedtrapping av morfinbehandling av barnet hver dag kan bli for hyppig, flere sykehus har lagt seg på reduksjon av morfindosen hver tredje dag.

Anbefalinger

1. *Medikamentell behandling av NAS bør startes ved **B***
 - a. *tre påfølgende skåringer lik eller høyere enn åtte (eller gjennomsnittet av tre påfølgende lik eller høyere enn åtte)*
 - b. *to påfølgende skåringer lik eller høyere enn 12 (eller gjennomsnittet av to påfølgende lik eller høyere enn 12)*
 - c. *en skåring lik eller høyere enn 17*
2. *Følgende preparater bør benyttes **B***
 - a. *morfin-mikstur ved eksponering for opioider*
 - b. *klorpromazin som tillegg ved utilstrekkelig effekt (i 24 t) av morfin-mikstur (ev. ved tilleggsbruk av medikamenter/rusmidler som er ikke-opioider: benzodiazepiner, amfetamin, nikotin)*
3. *Doseringen bør følge dette skjemaet: **C***

Skår	Morfinmikstur 0,5 mg/ml
8-10	0,32 mg/kg/døgn p.o. fordelt på 4-8 doser
11-13	0,48 mg/kg/døgn p.o. fordelt på 4-8 doser
14-16	0,64 mg/kg/døgn p.o. fordelt på 4-8 doser
17 eller mer	0,80 mg/kg/døgn p.o. fordelt på 4-8 doser

4. *Nedtrapping av NAS-medisinerer bør **C***
 - a. *starte når NAS-skåringene er stabilt under åtte i to dager*
 - b. *nedtrappes med maksimalt 10 % av startdoseringen daglig*

7.3 Barseltid

7.3.1 Opphold på nyfødtavdeling

Bakgrunn

Hensikten med opphold på nyfødtavdeling er, i tillegg til observasjon og eventuell behandling for NAS, veiledning når det gjelder samspill, observasjon av foreldre/barn, samt etablering av ansvarsgruppe og planlegging av videre oppfølging av barn og familie. En amerikansk oppsummeringsartikkel ser på mor-spedbarndyaden og støtte til samspillet mellom mor og spedbarn etter fødselen (272).

Mange av de nyfødte får et opphold på barneavdelingen som strekker seg over uker på grunn av NAS og andre medisinske forhold hos den nyfødte. Foreldrene vil derfor ofte ha kontakt med nyfødtavdelingen over lang tid.

Mor vil oftest ha tilhold på barselavdeling eller sykehotell mens barnet er innlagt. På noen sykehus finnes også spesielle familierom på nyfødtavdelingene.

Vurdering

Forhold som henger sammen med foreldrenes bakgrunn som tidligere rusmiddelmisbrukere og barnets eventuelle behov for langvarig behandling av NAS, gjør at god informasjon og tydelig kommunikasjon er viktig for å forebygge misforståelser og legge til rette for et best mulig opphold for barn og foreldre.

Det er viktig at eventuelle forventninger til hvordan mor og far skal forholde seg blir kommunisert tydelig til foreldrene. Dette dreier seg om forventninger om når de skal være tilstede på avdelingen, hvordan de kan delta ved forskjellige aktiviteter knyttet til den nyfødte (stell, skåringer, mating etc.) og hvordan og hvem de skal varsle ved eventuelt fravær fra avdelingen.

Foreldrene vil ofte ha spesielle behov for oppfølging hvis det viser seg at barnet får abstinenser.

Anbefalinger

1. *Kvinnen/paret bør informeres om hvilke forventninger sykehusavdelingen har når det gjelder tilstedeværelse, stell og mating og ansvar for barnet. Kvinnen/paret må informeres hvis avdelingen systematisk observerer og registrerer hvordan foreldre samhandler med den nyfødte. **D***
2. *Hvis sykehuset er bekymret for familien, skal familien informeres om hvilke tiltak som er igangsatt (for eksempel melding til barneverntjenesten). Eventuelle tiltak fra barneverntjenesten rett etter fødsel bør gjøres mest mulig skånsomt og om mulig informeres om på forhånd. **D***
3. *Kvinnen/paret bør få tilbud om samtaler hvor barnets løpende tilstand blir drøftet, og gis mulighet til å komme med egne observasjoner. De bør tilbys rådgiving om hvordan de best kan gi omsorg og etablere god kontakt med barnet. **D***

7.3.2 Amming

Bakgrunn

Da prosjektgruppen besøkte sentre i Philadelphia og Baltimore våren 2008, fikk vi vite at denne gruppen kvinner sjelden ammet (273). I upublisert materiale fra Seraf finner vi at ca. 75 % av kvinnene i LAR ammer. Ammefrekvensen er like høy hos kvinner på metadon som på buprenorfin og gjennomsnittlig lengde på ammeperioden er ca. 4 måneder (106).

Kunnskapsgjennomgangen "Legemiddelassistert rehabilitering og amming" fra høsten 2008 (3) ligger til grunn for anbefalingene om LAR og amming. Kunnskapsgjennomgangen var et oppdrag fra Helsedirektoratet i forbindelse med denne retningslinjen.

Noen undersøkelser viser at metadoneksponerte babyer har dårligere sugerefleks enn andre nyfødte, noe som kan vanskeliggjøre amming (274).

Metadon og amming

Det finnes omfattende dokumentasjon vedrørende bruk av metadon i forbindelse med amming (30;275;276). Studiene viser at mødre som bruker metadon kan amme uavhengig av hvilken dose metadon mor står på, uten at dette medfører risiko for ugunstige effekter på barnet. Ammingen kan muligens redusere intensitet og varighet på abstinenssyndrom hos babyen etter fødsel.

Buprenorfin og amming

For buprenorfin forelå det inntil nylig kun tre publiserte studier vedrørende overgang i morsmelk. Hver av disse inkluderer kun ett kvinne/barn-par. Dataene fra disse studiene antyder at overgangen i morsmelk er enda mindre enn for metadon, men tallene er usikre. Det er ikke beskrevet ugunstige effekter hos noen av de tre barna (277). En nyere svensk studie (277) undersøkte 7 ammende kvinner og barna deres. Denne studien viser også minimal overgang av buprenorfin i melken og gir støtte til anbefalingen av amming hos kvinner som benytter buprenorfin.

Nalokson og amming

Nalokson er i tillegg til buprenorfin virkestoff i legemiddelet Suboxone®, og noen gravide står på dette legemiddelet ved påvist graviditet. Det finnes ingen studier som har undersøkt i hvor stor grad nalokson passerer over i morsmelk, men nær beslektede stoffer skiller ut i svært liten grad. Siden nalokson dessuten absorberes dårlig fra tarmen etter at middelet er svelget, er det lite trolig at middelet vil ha ugunstige effekter på barnet.

Vurdering

Den foreliggende dokumentasjonen tilsier ikke at amming kombinert med noen av de aktuelle legemidlene medfører noen økt helserisiko for barnet. Det trengs imidlertid flere studier før man med like stor sikkerhet som for metadon kan si at buprenorfin og nalokson er ufarlige for barnet. I graviditeten anbefales bruk av monopreparatet (legemiddel med ett virkestoff) hvis kvinnen står på buprenorfin. Det er derfor naturlig å videreføre anbefalingene om monoterapi fra graviditeten og over i ammeperioden. Begrunnelsen er todelt. Et monopreparat med ett virkestoff gir minst mulig sjanse for påvirkning av barnet. I tillegg unngås skifte av medikament i en sårbar fase etter fødselen.

Kvinner med misbruksbakgrunn har som tidligere nevnt ofte et vanskelig forhold til egen kropp, blant annet på grunn av overgrepssproblematikk og prostitusjonserfaring. Mange av kvinnene trenger derfor mer støtte og veiledning for å få til amming, selv om de i utgangspunktet ønsker å amme. Det bør ikke utøves utilbørlig press, og de har selvsagt anledning til å slippe å amme hvis de ønsker det.

I intervjuer foretatt i forskningssammenheng, uttaler ofte kvinner i LAR at de synes det er

vanskelig å få til ammingen på en nyfødtafdeling, blant annet på grunn av travelheten på avdelingen, mye oppmerksomhet på at barnet skal legge på seg, og at barnet ofte får flaske av de ansatte på avdelingen.

Amming av abstinente barn er vanskelig, da disse oftest suger på en uhensiktsmessig og "masete" måte. Hvis barnet er vanskelig å amme på grunn av uttalt abstinensproblematikk, bør kvinnen oppmuntres og gis veiledning i pumping av brystmelk.

Anbefalinger

1. *Kvinner i LAR bør oppfordres til å amme og gis den hjelp og støtte de trenger for å få dette til. **C***
2. *Kvinner som bruker metadon, bør anbefales å amme uavhengig av hvilken dosering de står på. **B***
3. *Ved amming hos kvinner som bruker buprenorfin bør buprenorfin være 1.valg med kombinasjonslegemiddelet med buprenorfin/nalokson som 2.valg. **C***
4. *Kvinner som medisineres med andre forskrevne medikamenter enn LAR-medikament, vurderes individuelt. **C***
5. *HIV-positive kvinner frarådes å amme. **B***

7.3.3 Samspillveiledning

Bakgrunn

Mange av barneavdelingene i Norge benytter "Samspillveileder" av N. Moss fra Buskerud sykehus for å fremme samspillet mellom disse barna og foreldrene deres (278). Veilederen gir en introduksjon til 5 veiledende samtaler som sykepleiere har med foreldre til nyfødte premature barn før barnet skrives ut fra nyfødtafdelingen. I samtalene legges hovedvekten på foreldrenes samspill med barnet. Kari Killén har skrevet to hefter basert på "Samspillutdanningen" som er en del av en større satsing for å øke kompetansen i samspill og tilknytning mellom små barn og foreldre i familier med rus- og annen belastning (279;280). Söderström har også sett på betydningen av tidlig intervensjon og samspillstrening (281).

Vurdering

Godt samspill mellom den nyfødte og omsorgspersonene er av stor betydning og må stimuleres og oppmuntres så tidlig som mulig. Det bør fokuseres på den viktige omsorgsrollen foreldrene har når det gjelder å trygge og å legge til rette for at barnet skal få en optimal utvikling. Noen familier vil ha nytte av hjelp fra helsesøster i form av samtaler eller mer omfattende program / forsterket foreldreveiledning.

Kvinner i LAR kan føle skyldfølelse hvis barnet har abstinenser. Det er viktig å bidra til å redusere denne i samtaler om mestring og samspill i den daglige, naturlige stellesituasjonen. Samtidig bør man ikke avvise kvinnens eventuelle skyldfølelse, men det er viktig at helsepersonell verken indirekte eller direkte bidrar til å øke denne (se 6.6.1).

Anbefalinger

1. Foreldrene veiledes i hvordan de best kan få til samspillet med den nyfødte. **D**
2. Foreldrene bør få konkret informasjon om og sikres videre oppfølging og veiledning fra aktuelle tjenester før hjemreise. **D**

7.3.4 LAR i barseltiden

Bakgrunn

En artikkel fra Baltimore tar for seg forskjellige spørsmål knyttet til dosejusteringer i slutten av graviditeten og etter fødsel (282).

Mange av kvinnene har endret sin medikamentdose i løpet av svangerskapet, noen har økt doseringen, mens andre har valgt å gå ned i medikamentdose. Metaboliseringen (omsetningen) av LAR-medikamentet normaliseres raskt etter fødselen.

Vurdering

Det er viktig at noen er utpekt som ansvarlig for mors, og eventuelt fars, LAR-behandling mens babyen er innlagt på sykehuset. Spesielt viktig er denne avklaringen hvis mor/far ikke bor i den byen sykehuset ligger. Hvis barnet får et langvarig opphold på barneavdelingen, vil det være hensiktsmessig at TSB lokalt får ansvar for mors, og eventuelt fars, behandling. Den praktiske gjennomføringen må avtales i samarbeid med kvinnen/paret og forskrivende lege på hjemstedet.

Det bør drøftes med kvinnen før fødselen hva hun ønsker og hvilke alternativer som finnes. Det vises til kap. 6.6.6 og det fødselsforberedende møtet i svangerskapsuke 28-32 hvor praktiske avtaler om medikamentjustering, medikamenthenting og avlegging av urinprøver ble inngått. Det bør lages en plan for hvordan opp-/nedtrapping skal skje etter fødsel slik at mor ikke blir unødvendig abstinent eller påvirket av en eventuell opptrapping. Hvis mor oppfattes som medikamentpåvirket, bør dette tas opp med henne, og medikamentopptrappingen bør justeres.

Anbefalinger

1. For kvinner som har trappet ned, legges det, i samråd med kvinnen, en plan for hvordan en ev. opptrapping skal skje. Man bør tilstrebe en langsom opptrapping for å hindre at mor påvirkes av doseøkningen. **D**
2. For kvinner som har fått økt medikamentdosering i siste del av svangerskapet legges det, i samråd med kvinnen, en plan for hvordan en ev. nedtrapping skal skje. **D**
3. Serumkonsentrasjon av metadon kan være et hjelpemiddel for oppnå tilfredsstillende dosering av LAR-medikamentet. **C**
4. Foreldre i LAR som har omsorg for barn, bør ikke medisineres med benzodiazepiner, blant annet på grunn av interaksjonene mellom benzodiazepiner og LAR-medikamentet. **C**

7.3.5 Oppstart av LAR-medisinerer

Bakgrunn

Det er to situasjoner hvor det er aktuelt med oppstart av LAR-medisinerer etter fødsel:

- Kvinner som har valgt å trappe seg helt ned fra metadon/buprenorfin under svangerskapet og som ønsker ny oppstart
- Kvinner som har utsatt oppstart av planlagt LAR til etter svangerskapet

I begge tilfeller er det viktig at ansvarsforhold og oppstart planlegges i god tid før fødsel, slik at opptrappingen kan skje så skånsomt og snart som mulig.

Vurdering

Opptrapping av buprenorfin kan skje poliklinisk. Grunnet medikamentets virkemåte vil ikke faren for medikamentpåvirkning være stor.

Ideelt sett bør metadon opptrappes på institusjon, da metadon lett kan doseres for høyt. Med tett oppfølging kan det gjøres poliklinisk i regi av TSB, med et nært samarbeid med nyfødtafdelingen som kontinuerlig observerer kvinnen i samspill med den nyfødte.

Det er viktig å initiere en kontrollert, ikke for rask, opptrapping, for å hindre at kvinnen er medikamentpåvirket i opptrappingsperioden. Opptrappingen bør individualiseres og man må sikre at omsorgen for barnet blir godt ivaretatt.

Kvinner som har trappet seg helt ned fra LAR-medikament, og som ikke ønsker å være i LAR etter fødsel, bør få beskjed om at de ved behov kan starte raskt i LAR igjen, jf. IS-1505 (241). De bør tilbys oppfølging fra TSB på lik linje med pasienter som fremdeles er i LAR.

Oppfølging av kvinner som har trappet seg helt ned fra LAR og barna deres, omfattes også av disse retningslinjene, da barnet har vært eksponert for LAR-medikament i fosterlivet. Det er relativt stor risiko for tilbakefall til misbruk hos denne pasientgruppen.

Anbefalinger

1. *Ansvarsforhold og oppstart planlegges i god tid før fødsel og bør skje i regi av TSB-lege med LAR-kompetanse. **D***
2. *Buprenorfinopptrappingen kan skje poliklinisk, mens metadonopptrapping oftest krever innleggelse på institusjon. Opptrapping bør skje på en slik måte at kvinnen ikke blir påvirket, for å sikre at barnets behov blir tilstrekkelig ivare tatt. **C***
3. *Kvinner som har trappet seg helt ned og er uten LAR-medisinerer ved fødsel, bør beholde oppfølging fra TSB (LAR-senter) så lenge slik oppfølging er nødvendig. **C***

7.3.6 Kontroll av behandlingen / rusmistanke

Bakgrunn

Barneavdelingene har oftest mangelfull kompetanse når det gjelder foreldre som har vært rusmiddelmisbrukere og ikke sjelden har foreldrene vært møtt med rusmistanke fra barneavdelingenes ansatte.

Som det fremgår av 6.6.6, bør det på møtet i svangerskapet planlegges hvilken instans som har ansvaret for oppfølging av foreldrene mens barnet er innlagt på barneavdelingen, spesielt ved langvarig opphold.

Vurdering

Hvis barneavdelingens ansatte får mistanke om at foreldrene inntar rusmidler, er det viktig at dette takles på en faglig måte. I første omgang er det fornuftig å presentere dette for foreldrene. Det bør også vurderes om en slik mistanke kan skyldes medikamentpåvirkning i forbindelse med opptrapping av medikament. Det vil ofte være hensiktsmessig å be dem avlevere urinprøve eller overlate dette til pasientens kontakt i TSB. Urinprøver som kan føre til alvorlige sanksjoner skal håndteres etter rundskriv I-14/2002 (201), se også kapittel 6.5.5.

Hvis disse situasjonene er vanskelige å håndtere, bør barneavdelingen koble inn ansvarlig fagperson i TSB. Ved behov må det vurderes bistand fra barneverntjenesten.

Anbefalinger

1. Foreldrene bør presenteres for eventuell rusmistanke. **D**
2. Urinprøver tatt til kontrollformål skal håndteres etter I-14/2002.
3. Ansvarlig fagperson i TSB bør kobles inn ved behov. **D**

7.3.7 Oppfølging av andre behov hos foreldrene

Bakgrunn

Selv om foreldrene har blitt forberedt på at den nyfødte kan få abstinenser, kan møtet med virkeligheten ofte være vanskelig å takle. Av og til opplever barneavdelingene at foreldre prøver å bagatellisere tydelige tegn på abstinenser hos den nyfødte (se også 7.2.3).

Vurdering

En del kvinner/foreldre vil ha et stort behov for oppfølging i forbindelse med at den nyfødte behandles for abstinenser. Kvinnen vil ofte føle skyldfølelse, fordi hun opplever at det er hennes skyld at den nyfødte har abstinenser. Det er viktig at de ansatte på barneavdelingen gir kvinnen, og eventuelt mannen, saklig informasjon om at det er vanskelig å forutsi hvilke barn som får abstinenser, og videre informere om hvordan barnet vil bli behandlet (se 7.2.3 for utdyping).

Hvor stor del av oppfølgingen som kan takles av barneavdelingen, avgjøres lokalt ut fra kompetanse og kapasitet. En del foreldre vil trenge oppfølging fra TSB lokalt og/eller henvisning til psykiatrisk/psykologisk oppfølgingsapparat for faglig assistanse til å bearbeide reaksjoner.

Anbefalinger

1. Kvinner/foreldre som har behov for det, gis oppfølging for psykiske reaksjoner knyttet til den nyfødtes abstinenser eller andre forhold. **D**
2. Kvinnen/foreldrene bør få oppfølging av TSB eller henvises videre ved behov. **D**

7.4 Utskrivning fra sykehus

Denne retningslinjen tilstreber at alle familier skal ha en strukturert oppfølging gjennom sped- og småbarnsalder. Det er viktig at en gjennomførbar plan for videre oppfølging

er lagt før barnet skrives ut fra sykehuset. Hvis barnet og mor/far skal overføres til annen institusjon, bør epikrise også sendes dit. I slike tilfeller skal samtykke fra foreldre innhentes. Opplysninger i epikrisen skal ikke omhandle sensitive opplysninger om foreldrene som ikke er nødvendige for behandlingen.

7.4.1 Videre oppfølging av barnets medisinske behov

Bakgrunn

De fleste kvinnene i LAR drar hjem med sine nyfødte når barnet er ferdigbehandlet, mens en del kvinner/par overføres til senter for foreldre og barn eller TSB-institusjon med barnet. Noen få opplever omsorgsovertakelse mens barnet er på sykehuset.

Enkelte familier har blitt utskrevet til hjemmet selv om barnet fremdeles har behov for medikamentell behandling for abstinenser. I de tilfellene har oftest hjemmesykepleien hatt ansvaret for oppfølging av medisineringsen. Hjemmesykepleien bør imidlertid ikke få ansvaret for NAS-medisinering av disse barna, da observasjon mellom medisineringsene ikke er mulig.

Vurdering

Nyfødtavdeling er ikke det best egnede sted for langvarig opphold for disse familiene. Når det er behov for heldøgnsoppfølging etter behandling av NAS i sykehuset, bør familiene få plass på senter for foreldre og barn eller i helseinstitusjon (TSB) som har slikt tilbud. Når barnet er utskrivningsklart og familien flytter til heldøgnstiltak, bør helsepersonell være ansvarlig for fortsatt skåring av abstinenser og medisineringsen av barnet. Overføring til institusjon med helsepersonell som har kompetanse på observasjon og behandling av NAS bør være mulig i alle helseregioner.

Hvis familien har behov for utvidet oppfølging i heldøgnsinstitusjon i regi av barneverntjenesten, eller utvidet hjelp i hjemmet, må saken meldes til familiens hjemkommune v/ barneverntjenesten. De har ansvar for å undersøke behovet og søke tiltak fra den statlige barneverntjenesten. Dette bør gjøres så tidlig som mulig, da det er begrenset plass i senter for foreldre og barn. Spesialisthelsetjenesten bør bistå barneverntiltakene med nødvendig opplæring og oppfølging når det gjelder NAS.

Barneavdelingene kan vurdere individuelt om erfarne beredskapsfamilier kan administrere NAS-medikament når den nyfødte er godt stabilisert og den medikamentelle behandlingen nærmer seg avslutning. En forutsetning er åpen retur til sykehuset ved behov.

Etter samtykke bør det sendes epikrise til helsestasjonen (se kap.6.4.1 om samarbeid og samhandling).

Anbefalinger

1. *Barnet bør observeres og medisineres av helsepersonell under hele NAS-behandlingen. Barnet bør ikke utskrives fra sykehuset eller annen institusjon før den medikamentelle behandlingen av NAS er avsluttet. **D***
2. *Hvis det er praktisk mulig bør et ansvarsgruppemøte arrangeres før barnet skrives ut fra nyfødtavdelingen. Hvis dette ikke lar seg gjøre, bør ansvarsgruppemøte avtales snarest mulig og helsesøster orienteres om situasjonen til barnet. **D***
3. *Ved overføring til institusjon som kan ivareta NAS oppfølgingen, bør nødvendig informasjon utveksles. **D***
4. *Foreldrene bør ikke få ansvaret for NAS-medisineringen. **D***
5. *Før barnet/familien utskrives, bør oppfølging og forpliktende samhandling være avtalt. Hvordan samarbeidet om familien og barnet skal organiseres (ansvar og roller), må avtales i hver sak for å sikre målsettingen om helhetlige tjenester. **D***
 - a. *1. polikliniske kontroll på barneavdelingen*
 - b. *Tidlig hjemmebesøk fra helsestasjonen*
 - c. *1. besøk på helsestasjonen*
 - d. *Neste ansvarsgruppemøte*
 - e. *Eventuelt samarbeid med barneverntjenesten*
6. *Epikrise for oppholdet bør sendes til fastlege, helsestasjon og ev. heldøgns-institusjon etter samtykke. **D***

8 Sped- og småbarnsalder

Det er behov for en systematisk og koordinert oppfølging av barna og familiene i sped- og småbarnsalder. Mor, og i mange tilfeller far, er tidligere rusmiddelmissbrukere. I tillegg er barna risikoutsatt, dels knyttet til arvelige faktorer, dels til eksponering for LAR-legemiddel i svangerskapet og også til mulige negative forhold i oppvekstmiljøet (283).

Det er særlig to forutsetninger en god oppfølging av disse familiene hviler på; kompetanse og helhetlig samhandling mellom foreldrene, kommunen og spesialisthelsetjenesten. Helsestasjonen, fastlegen og barneavdelingen besitter betydelig kompetanse på oppfølging av barna. Et slikt helsetilbud innebærer ingen stigmatisering av barn og foreldre. Dette er oppfølging alle foreldre som har barn med spesielle behov kan få, noe som er et godt utgangspunkt for å etablere en systematisk oppfølging av familiene og barna. Det bør tilstrebes samarbeid, medvirkning og samtykke fra foreldrene så langt som mulig (284).

Erfaringen er at de aller fleste familiene ønsker den oppfølgingen som tilbys dem, dersom den oppleves som relevant og ikke er for omfattende eller på andre måter griper for mye inn i familienes hverdagsliv. Noen familier vil ønske mindre oppfølging. Hvis det er bekymringer for barn og familier som ikke ønsker oppfølging, må dette tas hånd om så snart som mulig, jf. helsepersonells opplysningsplikt til barneverntjenesten.

8.1 Om LAR medikament og omsorg for barn

Det er to medikamenter som gis innenfor rammen av LAR, metadon og buprenorfin (Subutex®, Suboxone®). Disse medikamentene gir ingen rusvirkning hos en opioid-avhengig som er stabilisert på rett dosering og hvis det inntas som forskrevet. Medikamentene påvirker derfor ikke i utgangspunktet omsorgsevnen til personer som har en opioidavhengighet. Det er ikke uvanlig at pasienten blir påvirket ved for rask opptrapping og tilsvarende vil oppleve abstinenser ved for rask nedtrapping.

Etter avsluttet svangerskap må ofte doseringen av LAR-medikament justeres, jf. 7.3.4.

Noen av mødrene er trappet ned på LAR-medikament i løpet av svangerskapet. Det er da viktig at forskrivende lege, i samarbeid med kvinnen, finner frem til en hensiktsmessig dosering etter svangerskapet. Noen kvinner vil ønske seg tilbake til den doseringen de hadde før graviditeten, mens andre vil kunne ønske å bli stående på en lavere eller høyere dosering, som de hadde på slutten av graviditeten.

Hvis en LAR-pasient er for høyt dosert på LAR-legemiddelet, dette gjelder spesielt metadon, vil pasienten være noe påvirket, kanskje spesielt de første timene etter at dagens dosering er inntatt. Det bør derfor i samarbeid mellom kvinnen og fastlege/TSB-lege gjøres en vurdering av om doseringen av LAR-medikamentet er riktig tilpasset.

Klinisk erfaring viser at en del LAR-pasienter opplever at de fungerer bedre (som for

eksempel mindre tretthet og mer initiativ) på en noe lavere dose av LAR-medikamentet. Det er imidlertid viktig å huske på at også for lav dosering av LAR-medikament kan gi tilsvarende symptomer. Det kan også være et alternativ at kvinnen deler sin LAR-dosering, slik at hun tar f.eks 2/3 om morgenen og 1/3 om kvelden. Stabile pasienter som disponerer sitt LAR-medikament selv, vil ofte velge dette da de opplever at dette gir en jevnere virkning av medikamentet. Noen få pasienter har spesielt rask omsetting av LAR-medikamentet. Dette kan medføre tretthet og sløvhet like etter at dagens dosering er inntatt, samtidig som de vil kunne bli veldig abstinente utover kvelden/natten. For å diagnostisere en slik tilstand, må serumkonsentrasjonsmålinger gjøres flere ganger pr. døgn (såkalte døgnkurver). Her vil også delt dosering av medikamentet være den rette behandlingen. Liknende vurderinger må også foretas for partner hvis han er i LAR.

8.2 Samarbeid og samhandling i sped- og småbarnsalder

8.2.1 Etablering av ansvarsgruppe for barnet / IP

Bakgrunn

Ansvarsgrupper er en velkjent og etablert metode for samarbeid om pasienter som har langvarige og omfattende behov og som trenger innsats fra flere hjelpetiltak over tid. Arbeidet i en slik gruppe kan forankres i en egen individuell plan for barnet. I kapittel 6 ble det anbefalt å starte arbeidet med å etablere en slik gruppe allerede i svangerskapet. Kvinnen har en koordinator på sykehuset som har sikret kontinuitet i oppfølgingen på sykehuset. Initiativet til å opprette en ansvarsgruppe for barnet er foreslått lagt til denne.

Det vises ellers til punkt 6.6.6 om fødselsforberedelser når det gjelder kontakt med sykehuset før fødsel.

Vurdering

Å etablere en egen ansvarsgruppe for barnet kan være hensiktsmessig av flere grunner, barnets behov vil være i fokus, ansvarsforholdene er tydeligere og den langsiktige oppfølgingen blir lettere å koordinere.

Det kan imidlertid være familier som ikke ønsker eller opplever behov for en slik gruppe rundt barnet. I seg selv trenger ikke dette være en grunn til bekymring hvis foreldrene samarbeider godt på annen måte. Det kan være ulike grunner til at familien ikke ønsker en slik gruppe. Den mest vanlige er familiens opplevelse av at de aldri føler at de kan betrakte seg som en vanlig familie. Av og til deler heller ikke foreldrene fagpersoners forståelse av at barnet har et sårbart utgangspunkt og trenger spesiell oppfølging. Det er viktig å snakke sammen om ulike forståelser av barnets utvikling og legge til rette for en oppfølging som ikke overstyrer familien.

Det beste er om ansvarsgruppen er planlagt allerede i svangerskapet. Det kan bli knapp tid til etablering av ansvarsgruppe hvis den nyfødte ikke har abstinenser og skrives ut fra sykehus etter 7 dager. I slike tilfeller bør de nødvendige samarbeidende instanser kontaktes før barnet utskrives fra sykehuset, selv om man ikke klarer å avtale endelig sammensetning og planlegge første møte før utskrivning.

I ansvarsgruppen til barnet vil det være flere fagpersoner med lite kunnskap om LAR og utfordringer knyttet til rusbehandling. Det er naturlig at dette blir tema i ansvarsgruppen slik at nødvendig kompetanseoverføring kan skje. På samme måte vil det være behov for kompetanseoverføring når det gjelder barns utvikling og aktuelle tiltak knyttet til dette.

Anbefalinger

1. *Det bør etableres en egen ansvarsgruppe for barnet før utskrivning fra sykehuset. Etableringen forutsetter foreldrenes samtykke. Ansvarsgruppen bør koordineres av helsestasjon eller annen instans i kommunen. Initiativet til opprettelsen av ansvarsgruppen bør tas fra sykehusets koordinator, alternativt koordinator av mors ansvarsgruppe. Hvis barneverntjenesten er inne med tiltak, kan de være aktuelle som koordinator av barnets ansvarsgruppe. **D***
2. *De første møtene i ansvarsgruppen bør ha fokus på kompetanseoverføring, kartlegging av barnets og familiens behov (se 8.2.2) og planlegging av videre oppfølging. **D***
3. *En ev.ansvarsgruppe bør ha følgende deltakere: **D***
 - a. *mor/foreldrene/omsorgsperson*
 - b. *koordinator av mors ansvarsgruppe/fastlege*
 - c. *helsesøster, ev. lege ved helsestasjon*
 - d. *koordinator fra sykehuset (de første møtene)*
 - e. *barneverntjenesten dersom den er inne med tiltak*
4. *Det bør lages en Individuell Plan (IP) for barnet. Dette fordrer samtykke fra foreldrene. Foreldrene har innflytelse over innholdet i barnets IP. **D***
5. *Igangsatte tiltak for barnet/familien evalueres løpende, minimum hver tredje måned. **D***

8.2.2 Kartlegging for å bestemme type og omfang av tiltak

Bakgrunn

Kunnskapen om at både foreldre og nyfødte er svært forskjellige når det gjelder sårbarhet, ressurser og belastninger tilsier at behovet for oppfølging vil variere. Det er derfor nødvendig å individualisere oppfølgingen.

Eksempler på strukturerte kartleggings- og utredningsverktøy som er evaluert for norske forhold, og som både første- og andrelinjetjenesten har tatt i bruk de senere årene ligger som vedlegg 4 bak (285).

Vurdering

Kartlegging av kvinnen ble foretatt i svangerskapet (se kap.6.2.4). Denne kartleggingen bør være utgangspunktet for den videre kartlegging av familiens behov. For å kartlegge barnet og familiens behov for oppfølging, og for å kunne iverksette og evaluere tiltak, bør det gjøres en bred vurdering av barnets og familiens situasjon. Mye av dette arbeidet er foretatt i løpet av svangerskapet, men det må etter fødsel utvides til å omfatte barnets behov, fungering og samspill mellom foreldre og barn. En kartlegging som omfatter risiko- og beskyttende faktorer hos barnet og foreldrene gir et godt grunnlag for å planlegge tiltak i samarbeid med foreldrene.

Anbefalinger

1. *Alle hjelpeinstanser som er involvert bør ha kunnskap om sentrale faktorer hos barnet, familien og oppvekstmiljøet som bidrar til en god utvikling og hvilke faktorer som kan være en risiko for skjevutvikling. **D***
2. *En grundig kartlegging må foretas for å kunne bestemme type og omfang av oppfølgingen: **D***
 - a. *Forhold knyttet til barnet*
 - *Abstinensproblematikk*
 - *Reguleringsvansker*
 - *Andre forhold (for tidlig født, vekst og ernæring, eventuelle misdannelser eller sykdommer)*
 - *Barnets psykomotoriske utvikling*
 - *Affektregulering*
 - b. *Forhold knyttet til foreldrene/omsorgspersonene*
 - *Foreldrenes ressurser*
 - *Fysisk og psykisk helse samt funksjonsnivå*
 - *Sosial situasjon*
 - *Eventuelle problemer i parforholdet*
 - *Risikofaktorer fra foreldrenes egen oppvekst*
 - *Forståelse av barnets situasjon og behov*
 - *Evne til å ivareta barnets behov*
 - *LAR-medisiner*
 - *Forskrivning av andre vanedannende medikamenter*
 - *Bruk av rusmidler*

- c. *Forhold knyttet til samspill og tilknytning*
 - *Foreldres sensitivitet for barnet*
 - *Foreldres innstilling til barnet*
 - *Foreldres involvering i barnet*
 - *Foreldres evne til strukturering*
 - *Barnets involvering av foreldrene*
 - *Barnets reaksjon på foreldrene*
 - d. *Rammene rundt familien*
 - *Privat nettverk og kvaliteten på dette*
 - *Boligsituasjon og økonomi*
 - e. *Samarbeid med hjelpeapparatet, profesjonelt nettverk*
 - *Hvilke instanser og personer foreldrene har kontakt med*
 - *Barnehage, skole, helsestasjon*
 - *Hvordan fungerer relasjonene til hjelpeapparatet?*
 - *Innleggelse på institusjon*
 - f. *Samarbeid mellom foreldre/omsorgspersoner og hjelpeapparatet.*
3. *Iverksatte tiltak bør jevnlig evalueres sammen med omsorgspersonene for å sikre at barnet til enhver tid har gode oppvekstbetingelser. **D***
4. *Ansvar for å koordinere kartleggingen av barnet legges til barnets ansvarsgruppe. Hvis barnet ikke har egen ansvarsgruppe, har helsestasjonen, sammen med sykehusets koordinator, ansvaret for å koordinere kartleggingen. **D***

8.2.3 Styrking av foreldreferdigheter

Bakgrunn

I den tidlige fasen etter fødsel vil det være særlig viktig å sikre barnet en god start og etablere trygghet og god omsorg fra foreldrene. Omsorgen som et abstinent barn har behov for, krever trygge og forutsigbare voksne som er i stand til å møte barnets behov på en hensiktsmessig måte.

Vurdering

Det bør vurderes hvordan styrking av foreldreferdigheter, herunder støtte og opplæring, best kan gis. Det bør tilbys veiledning når det gjelder samspillet mellom mor og barn. Metoder som styrker opplevelsen av mestring hos kvinnen/paret bør tilstrebes. Under brukerrådslaget fremkom det at flere hadde gode erfaringer med Marte Meo-metoden. Forøvrig opplevde foreldrene tilbud om avlastning/besøkshjem og ulike foreldre-/barn-tilbud som helt avgjørende tiltak i hverdagen. Den forebyggende effekten av slike

hjelpetiltak kan vanskelig måles, men familiens opplevelse av tiltakets betydning bør tillegges avgjørende vekt for å bidra til at familien og barnet skal ha en god utvikling.

Anbefalinger

1. *Helsesøster bør gi tilbud om opplæring og styrking av foreldreferdigheter. Ved behov for mer omfattende behandling henvises familien til psykisk helsevern for barn og unge. Tilknytningsfremmende tiltak bør vektlegges. **D***
2. *Videoveiledning tilbys foreldre som strever med å forstå barnets signaler og atferd. **D***
3. *Barnehage bør tilbys. **D***
4. *Avlastning/besøkshjem bør tilbys familier som ønsker det. **D***

8.3 Kommunens oppfølging

Primærhelsetjenesten har hovedansvaret for oppfølging av barn eksponert for LAR-medikamenter og familien deres. Fastlegen og helsestasjonen har et særlig ansvar og andre kommunale instanser involveres etter behov.

Det bør etableres et forpliktende samarbeid mellom de ulike tjenestene i kommunen (helse, sosial, oppvekst og barnevern). Et tett samarbeid innad i kommunen sørger for at de forskjellige instanser får informasjon om hverandres kompetanse, tjenester og ansvar. Mange kommuner har tverrfaglige team rettet mot tilsvarende målgrupper. I disse teamene kan familienes situasjon drøftes anonymt, eventuelt åpent med samtykke fra foreldrene.

I Stortingsmelding 12 "En gledelig begivenhet" heter det blant annet: "*Barneverntjenesten har som sin spesielle oppgave å ta vare på de mest sårbare barna. Helsetjenesten har ansvar for å samarbeide med andre relevante tjenester, f. eks. barneverntjenesten, for å sikre at barna ivaretas på en god måte, og at de får den hjelpen de eventuelt har behov for på et så tidlig tidspunkt som mulig. Dette gjelder for eksempel gravide med psykiske problemer, rusmiddelavhengighet eller gravide i legemiddelassistert rehabilitering (104)*".

8.3.1 Helsestasjonens rolle

Bakgrunn

Alle barn i Norge følges opp gjennom helsestasjonene. Helsestasjonene har stor tillit blant småbarnsforeldre og har også kompetanse på oppfølging av barn og familier som krever ekstra oppmerksomhet.

Nasjonal retningslinje for oppfølging av for tidlig fødte barn anbefaler et oppfølgingsopplegg utover ordinært tilbud (91). Vårt forslag nedenfor er en tilpasning av dette programmet til vår målgruppe.

Det har vært beskrevet at barn som har vært eksponert for metadon i fosterlivet i større grad enn andre barn skjeler og har andre synsproblemer (65;161;286;287). I alle de angitte studiene har mange av barna også vært eksponert for en rekke rusmidler og benzodiazepiner i fosterlivet. Årsakssammenhengen er med andre ord foreløpig ikke klarlagt. Også fra den kliniske hverdagen i Norge vet vi at en del av barna skjeler og har andre synsproblemer.

Vurdering

Alle barn som har vært eksponert for LAR-medikament i fosterlivet, bør tilbys oppfølging utover det programmet som er etablert i helsestasjonstjenesten. Omfanget tilpasses barnets behov og den enkelte familie. Foreldrene bør tilbys tett oppfølging og styrket foreldreveiledning. Ved behov kan hyppigere hjemmebesøk erstatte noen av de tidlige kontrollene på helsestasjonen.

Spedbarn som har hatt omfattende abstinensplager kan trenge skjerming og andre tiltak i en periode etter at de kommer hjem. I slike tilfeller er det viktig at denne informasjonen overføres fra sykehuset/institusjonen, hvor familien har vært innlagt, til helsestasjon og fastlege.

Helsestasjonen bør tilstrebe fleksible og individuelt tilpassede løsninger, da en del familier vil ha særlige behov, kanskje spesielt den første tiden. Fleksibel og pragmatisk oppfølging kan være avgjørende når det gjelder videre samarbeid mellom familie og hjelpeapparat. Det er viktig at også helsestasjonen tar utgangspunkt i familiens mestring og mulig bedring av denne, selv om de også skal være oppmerksomme på tegn til utviklingsvansker.

Anbefalinger

1. Det anbefales hjemmebesøk i løpet av 1. og 2. uke etter hjemkomst, deretter kontakt med helsestasjonen hver måned de første 8 månedene og så hver annen måned frem til 12 måneders alder. Etter ettårsalder følges ordinært oppmøteprogram. **D**
2. Dersom barnet viser en vekst eller utvikling som avviker fra det som er forventet, eller det er alvorlige bekymringer knyttet til foreldrefungering, bør ytterligere tiltak i kommunen eller spesialisthelsetjenesten iverksettes. **D**
3. Ved oppfølging i primærhelsetjenesten bør det legges vekt på følgende: **D**
 - **Første leveår:** Vekst, ernæring, psykomotorisk og sansemessig utvikling, familiens mestring og behov, tilknytning og samspill. Språkutvikling og kommunikasjon. Affektregulering. Spisevaner og reguleringsvaner når det gjelder søvn og kontakt.
 - **Andre leveår:** Kontakt, tilknytning og samspill, felles oppmerksomhet, symbolsk lek, psykomotorisk utvikling. Språkutvikling, syn og kommunikasjon. Affektregulering.
 - **Tredje-fjerde leveår:** Språk, syn, atferd, konsentrasjon, tidlige tegn på hyperaktivitet, samspill, relasjon til jevnaldrende, sosial funksjon. Affektregulering.
 - **Femte-sjette leveår:** Språk, kognitiv utvikling, atferd, konsentrasjon, motorikk, sosial funksjon. Affektregulering.
4. Der hvor forsterket helsestasjon (eller tilsvarende) er etablert, bør det sammen med foreldrene vurderes om denne skal ha deler av eller hele oppfølgingen. **D**
5. Det må være lav terskel for henvisning til andre instanser i førstelinjetjenesten, for eksempel barnevern, PPT (pedagogisk psykologisk tjeneste) eller tilsvarende, fysioterapeut, og til spesialisthelsetjenesten som for eksempel barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP). **D**
6. Ved behov for veiledning bør det innhentes konsulentbistand fra "spesialteamet"/spesialisthelsetjenesten (se 8.4.2)

8.3.2 Fastlegens rolle

Bakgrunn

Ved fødselen får barnet samme fastlege som mor om ikke annet velges. Når barnet skrives ut fra sykehus, har fastlegen ansvaret for tilrettelegging av allmennlegetilbudet. Sykehuset plikter å orientere fastlegen på forhånd og skal gi fastlegen epikrise ved utskrivning etter reglene i lov om helsepersonell § 45 (93) og forskrift om pasientjournal § 9 (288).

Vurdering

Kommunehelsetjenesten er organisert slik at helsestasjonen har egne helsestasjonsleger og skoleleger. Disse foretar helsekontrollene på helsestasjonen. Ved akutt sykdom, mistanke om sykdom eller tilstander som krever legetilsyn og vurdering, er det fastlegen som har ansvaret. Det er en utfordring å sikre godt samarbeid mellom helsestasjon og fastlege slik at man oppnår kontinuitet og sikrer at riktig informasjon når riktig instans.

Fastlegen har en viktig rolle både i ansvarsgruppen for mor og i ansvarsgruppen for barnet, men det er ikke hensiktsmessig, slik kommunehelsetjenesten er organisert i dag, at fastlegen er koordinator i ansvarsgruppen eller for IP.

Anbefalinger

1. *Fastlegen bør være medlem av ansvarsgruppen for barnet. **D***
2. *Eventuelle henvisninger til andre instanser gjøres primært av fastlegen. Hvis andre instanser henviser, skal fastlegen orienteres ved kopi. **D***

8.3.3 Barnehage

Bakgrunn

I 2008 hadde 87 % av alle førskolebarn i Norge barnehageplass (289). Deltakelsen er lavest i lavinntekstfamilier. Empiriske studier peker imidlertid i retning av at barn fra ressursvake familier har store fordeler av å gå i barnehage (290). Innenfor barneverntjenesten er tilbud om barnehage det mest benyttede hjelpetiltaket. Formålet vil være å bedre barnets sosiale og språklige kompetanse og/eller et tiltak for å utøve tilsyn med omsorgssituasjonen. Det er en forutsetning (og et lovkrav) for at målsetningen skal oppnås at det er utarbeidet en tiltaksplan i samarbeid mellom barneverntjenesten og barnets foreldre, og at barnehagen kan komme med innspill i denne prosessen og få innsyn i de deler av planen som er nødvendig for å følge opp barnet (99).

Vurdering

Tidlig og god hjelp til barn som trenger oppfølging kan bidra til å forebygge senere vansker og sosial ulikhet på lengre sikt. Barnehageplass er et viktig tiltak og familier med lav inntekt bør sikres barnehage. Barn av kvinner i LAR er sårbare for skjevutvikling og vil dermed ha særlig nytte av et godt barnehagetilbud.

Barnehagens ansatte ser barnet daglig og vil ha en unik mulighet til å fange opp barn med særlige behov, og for å kunne drøfte og samarbeide med foreldrene.

Barn eksponert for LAR-medikamenter antas å være født med en sårbarhet og kan samtidig leve i et omsorgsmiljø med risikofaktorer. Dette stiller særlige krav til kvaliteten på barnehagetilbudet, særlig for de aller minste barna. Barnehagetilbudet til disse barna må ikke medføre at de må forholde seg til mange og ulike ansatte.

Anbefalinger

1. *For å sikre god utvikling bør foreldre motiveres til å la barnet gå i barnehage. **D***
2. *Barnehageplass kan etableres som et hjelpetiltak fra barneverntjenesten. **D***
3. *Barn i risiko og spesielt de aller yngste bør forholde seg til få voksenpersoner i barnehagen. **D***
4. *Barnehagetilbudet bør styrkes med spesialpedagogisk personale hvis barnet har særlige behov. **D***
5. *Den barnehageansatte som kjenner barnet best, bør delta i barnets ansvarsgruppe. **D***

8.3.4 Barnevernet

Bakgrunn

Både kommuner og stat (Bufetat) har oppgaver og ansvar på barnevernområdet. Alle kommuner skal ha en barneverntjeneste som utfører det daglige, løpende arbeid i henhold til barnevernloven. En del mindre kommuner inngår i interkommunalt samarbeid med felles barneverntjeneste.

Det er den kommunale barneverntjenesten som vedtar og iverksetter frivillige tiltak for barn som bor sammen med foreldrene. Det er samme tjeneste som fremmer tvangssak til fylkesnemnda for barnevern- og sosiale saker om plassering av barnet utenfor hjemmet. Plassering utenfor hjemmet kan også skje frivillig i samarbeid med foreldrene.

Den statlige barneverntjenesten har ansvar for å skaffe fosterhjem og plasser i senter for foreldre og barn etter anmodning fra den kommunale barneverntjenesten.

Barneverntjenestens oppfølging og tiltak overfor barnet og familien vil stå sentralt for å sikre barnets utvikling. Barneverntjenesten vil dermed være en samarbeidspartner for familien og hjelpeapparatet. Ofte starter samarbeidet i svangerskapet (se kap 6.3.5). En del av familiene har allerede kontakt med tjenesten i forbindelse med barneverntiltak for eldre søsken.

Barneverntjenesten har et ansvar for å samarbeide med andre hjelpetjenester for å sikre en helhetlig og samordnet bistand, jf. barnevernlovens § 3-2 (99). Hovedformålet med barneverntjenesten er ifølge barnevernlovens § 1-1 å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid. Dette innebærer et ansvar for å forebygge, hindre og skjerme barn for omsorgssvikt.

Det er et overordnet mål for barneverntjenesten å samarbeide med familier om tidlig og riktig hjelp med sikte på at barn skal vokse opp sammen med foreldrene sine. Barneverntjenesten skal ikke iverksette tiltak som er mer inngripende enn nødvendig. I saker hvor foreldrenes interesser, ønsker og evner ikke er i samsvar med barnets behov, er det alltid barnets behov som skal veie tyngst.

Det er etablert et forpliktende samarbeid mellom Bufetat og psykisk helsevern for barn og unge hvor LAR-familier vil være en av målgruppene. Kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten for barn/unge/voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling vil i dette arbeidet også kunne tilføre barneverntjenesten spesifikk kunnskap om arbeidet med familiene.

Om å ta kontakt med barneverntjenesten / tjenestens undersøkelse

Foreldre kan henvende seg direkte til barneverntjenesten for å be om bistand. Hjelpeapparatet kan bistå foreldrene i å komme i kontakt med barneverntjenesten. Når hjelpeapparatet tar kontakt med barneverntjenesten, forutsetter dette samtykke fra foreldrene.

Samtidig har hjelpeapparatet plikt til, på eget initiativ, å ta kontakt med barneverntjenesten når det er grunn til alvorlig bekymring for et barns omsorgssituasjon (100). Hjelpeapparatet oppfordres til å informere foreldrene om at det tas kontakt. Slik plikt inntreffer både når det gjelder bekymring for akutt fare for barnets liv og helse og alvorlig bekymring for barnets omsorgssituasjon generelt, jf. barnevernlovens §§ 6-4 (99) og helsepersonelloven § 33 og § 23 nr.4 (93). Se også rundskriv IS-17/2006 om helsepersonells plikt og rett til å gi opplysninger til barnevernet, politiet og sosialtjenesten (100).

Ved mistanke om at et barn utsettes for vold eller seksuelle overgrep skal *ikke* foreldre informeres i forkant.

Barneverntjenesten skal informere henvisende instans/melder hvorvidt tjenesten foretar undersøkelse, samt om det, etter endt undersøkelsessak, iverksettes tiltak fra barneverntjenestens side.

Tiltak i hjemmet

Barneverntjenesten kan iverksette ulike former for tiltak for å styrke foreldrenes egen omsorgskompetanse. Denne typen veiledning og endringsarbeid / terapeutisk arbeid har som mål å gjøre foreldrene bedre i stand til å møte barnets omsorgsbehov.

Barneverntjenesten kan fatte vedtak om barnehage. Et slikt tiltak vil ha som hovedmål å styrke og sikre barnets sosiale kompetanse og utvikling generelt, samt eventuelt å avlaste omsorgspersonene. Barneverntjenesten kan også sette inn tiltak som avlastar foreldre for eksempel i form av besøkshjem. Videre kan barneverntjenesten yte økonomisk bistand for å

sikre at barnet får delta i aktiviteter. Slike tiltak iverksettes fortrinnsvis sammen med tiltak som kan styrke foreldrenes omsorgskompetanse.

De aller fleste tiltak i hjemmet forutsetter samtykke fra foreldrene.

Når det iverksettes hjelpetiltak skal det i samarbeid med foreldrene utarbeides tiltaksplan med målsetning og tidsperspektiv.

Kommunenes tjenesteapparat er ulikt organisert. Enkelte kommuner har forsterket helsestasjon eller eget familiesenter – ressurshelsestasjon.

Foreldre i LAR har ulike ressurser og forutsetninger for å ivareta barna. Familier som mestrer omsorgen for barna på egen hånd, har ikke behov for barneverntjenestens hjelp.

Tiltak utenfor hjemmet

Tiltak utenfor hjemmet kan være basert på frivillighet, eller det kan være fattet tvangsvedtak.

Dersom foreldrene samtykker, kan barnet plasseres i fosterhjem for en kortere periode som et hjelpetiltak. Slikt samtykke kan gis både i forbindelse med akutte situasjoner og når det vurderes som sannsynlig at foreldrene innenfor rimelig tid vil være i stand til å ivareta barnet.

Opphold på foreldre- og barn institusjon for kartlegging av barnets omsorgsbehov, vurdering av familiens hjelpebehov og eventuelt veiledning er et frivillig tiltak.

Barneverntjenesten må fremme sak for fylkesnemnd for barnevern og sosiale saker når foreldre ikke samtykker til akutt plassering/kortids plassering utenfor hjemmet, eller når barneverntjenesten vurderer at barnet må bo utenfor hjemmet over lengre tid.

Vurdering

I familier hvor foreldrefungering og omsorgssituasjon generelt forsterker sårbarheten og/eller foreldrene strever med å ivareta barnas behov, tilbyr barneverntjenesten familien rådgivning, endringstiltak og annet som bidrar til at barnet etter hvert får gode og stabile fysiske og psykiske omsorgsbetingelser.

Barneverntjenesten har et særlig ansvar for risikoutsatte barn, hvor barn av kvinner i LAR er én av flere grupper. Barneverntjenesten bør derfor ha en lav terskel for å involvere seg i disse sakene. Det er viktig å bistå disse barna og familiene for å minske sannsynligheten for skjevutvikling og omsorgssvikt.

Kvinner i LAR kan være engstelig i møte med barneverntjenesten, da mange selv har vært under barnevernets omsorg i oppveksten og/eller tidligere har opplevd omsorgsovertakelse av egne barn. I tråd med barneverntjenestens lovmessige krav til å samarbeide med foreldre er det viktig at kvinnen/paret blir hørt, informert, og så langt det er tjenlig, har ansvaret for beslutningen om å inkludere barneverntjenesten i samarbeidet. Dette kan gjelde hvorvidt barneverntjenesten skal delta i ansvarsgruppe og hvilken informasjon som

skal deles. Det kan være aktuelt å tilby foreldrene å ha med en støtteperson i de første møtene.

Foreldre som midlertidig eller varig ikke har daglig omsorg for barnet sitt, vil som regel ha behov for kontinuerlig informasjon og individuelt tilpasset bistand, både fra barneverntjenesten og andre. Dette er nedfelt i barnevernloven. Det kan være samtaler og rådgivning, en tilgjengelig kontaktperson i barnevernet og praktisk hjelp i forbindelse med samvær. Hvis barneverntjenesten overtar omsorgen for et barn, påhviler det tjenesten et ansvar for å følge opp foreldrene, tilby bistand, samt utarbeide en plan for omsorgsovertakelsen som inkluderer foreldrenes kontakt med barnet.

Barneverntjenestens arbeid kan noen ganger medføre konflikt i samarbeidet med foreldrene, og andre fagpersoner i samarbeidet bør informeres om dette. Dermed kan samarbeidet i konfliktfylte saker ivaretas med barnets behov som det førende prinsipp.

Anbefalinger

1. *Foreldre som vurderes å ha behov for hjelp fra barneverntjenesten, sikres informasjon om hvilke hjelpetiltak og tvangstiltak tjenesten råder over og gis nødvendig bistand til å etablere kontakt. **D***
2. *Barneverntjenester som har begrenset erfaring med familier i LAR, tilrådes å søke ekstern veiledning fra Bufetat eller tverrfaglig team i spesialisthelsetjenesten. **D***
3. *Helsetjenesten bør motivere foreldrene til samarbeid med barneverntjenesten hvis familien har behov for tiltak fra barnevernet. Dette kan skje ved at man oppmuntrer foreldrene til å ta kontakt eller inviterer barneverntjenesten til felles samtale. **D***
4. *Barnevernet bør delta i barnets ansvarsgruppe hvis foreldrene samtykker og har behov for barneverntjenester, eller barneverntjenesten allerede er involvert i saken. **D***
5. *Oppfølgingen bør være avtalt, individuelt tilpasset barnet og familien, sikre kontinuitet, samt være lagt til rette for brukermedvirkning. **D***
6. *Familien bør sikres en fast saksbehandler som kan følge dem over tid. **D***
7. *Barneverntjenesten skal bidra til at barnet lever i en forsvarlig omsorgssituasjon. Behovet for barneverntjenestens tilstedeværelse bør vurderes kontinuerlig. Barneverntjenesten kan være inne i saken i kortere eller lengre perioder. **D***

8.3.5 Kommunal rustjeneste

Arbeid som reguleres av helse- og omsorgstjenesteloven er ulikt organisert i den enkelte kommune. Uavhengig av denne organiseringen vil en representant fra den kommunale rustjenesten være representert i, og ofte koordinator av, kvinnens ansvarsgruppe. Gjennom deltakelse i LAR er kvinnen i behandling, og helse- og omsorgstjenestelovens krav om oppfølging *før, gjennom og etter* behandling vil gjelde. Den generelle LAR-retningslinjen omhandler mer spesifikt oppgaver lagt til den kommunale rustjenesten (1).

Den kommunale rustjenesten/sosialtjenesten vil vanligvis ha en sentral rolle i arbeidet med familier hvor mor/far er i LAR. Rustjenesten er ofte den instansen som ivaretar den langvarige og regelmessige kontakten med kvinnen og familien. I svangerskapet ble det anbefalt en omfattende kartlegging av kvinnens situasjon (se 6.2.4), som har relevans for den videre oppfølgingen. Det viktigste verktøyet vil imidlertid være en godt fungerende ansvarsgruppe og en individuell plan som evalueres regelmessig og revideres i tråd med den aktuelle situasjon (se også 6.3.1 og 6.3.2).

8.3.6 Andre kommunale tiltak

- *Pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT):*
Den pedagogisk psykologiske tjenestens overordnede mål for denne aldersgruppen er å tilrettelegge det pedagogiske tilbudet i barnehagen for barn med særskilte behov (jf. opplæringslovens § 5-7). Særlige behov kan være lærevansker, sosiale eller atferdsmessige vansker. Det er barnets funksjonsnivå som utløser bistand, ikke om barnet har en diagnose eller ei. Barnehagen kan, etter samtykke fra foreldrene, henvise til kommunens PP-tjeneste. Foreldre kan selv også ta direkte kontakt med tjenesten for å be om en sakkyndig vurdering.
- *Familievernkontor*
Familievernet er et tilbud for mennesker med ulike typer samlivs- og relasjonsproblemer. Både enkeltpersoner, par og familier kan ta kontakt. De fleste kommer til familievernet for rådgiving og samtaler om hverdagsproblemer eller når det er vansker, konflikter eller krise i familien. Familievernet tilbyr par- og familieterapi samt samtaler med enkeltpersoner. Barn og unge kan også bruke familievernet. Tjenesten tilbyr også hjelp til å bedre foreldresamarbeid for eks partnere eller foreldre som aldri har bodd sammen. Videre utfører familievernet lovpålagt mekling ved samlivsbrudd.
- *Avlastning*
I henhold til helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav d, kan avlastning tilbys i private hjem. Det gis fra timebasert avlastning og enkeltdøgn til flere sammenhengende døgn i perioder. Dette er en kommunal tjeneste, og det fattes vedtak om slik bistand som bygger på kriterier knyttet til barnets ekstra omsorgsbehov sett i forhold til alder og knyttet til funksjonshemming. I noen tilfeller kan slike tiltak iverksettes når omsorgspersonen har omfattende fysiske eller psykiske belastninger.
- *Støttekontakt*

- *Fysio- og ergoterapitjeneste*
Denne tjenesten kartlegger barnets funksjoner og foretar en motorisk vurdering. Oppfølging, behandling og råd om tilrettelegging kan gis både til barnets omsorgspersoner og til f.eks. ansatte i barnehagen.

8.4 Spesialisthelsetjenestens rolle

Norske og utenlandske undersøkelser viser at denne barnegruppen kan ha vansker som nødvendiggjør særskilt oppfølging og spesielle tiltak, også i spesialisthelsetjenesten (vedlegg 3). Erfaringen i Norge er videre at tilbudet til denne gruppen er organisert ulikt i forskjellige deler av i landet. Det er behov for metodeutvikling og klinisk forskning på dette området. I tillegg er det et behov for bedre koordinering av de forskjellige tilbudene på landsbasis.

8.4.1 Etablering av et nasjonalt kompetansesenter

Bakgrunn

Det er i dag mange barn som har vært eksponert for LAR-medikament i fosterlivet som ikke følges opp systematisk i småbarnsalder. Det samme er tilfelle for et langt større antall barn med alkoholskader (FASD/FAE), barn som har vært eksponert for andre vanedannende medikamenter og barn som har vært eksponert for illegale rusmidler i fosterlivet.

En stor utfordring er tidlig identifisering av gravide med bruk av alkohol, legemidler og rusmidler. Her trengs et nasjonalt løft for å sikre at man finner så mange av disse risikogravide så tidlig som mulig slik at bruken av alkohol, vanedannende legemidler og rusmidler kan avsluttes/begrenses så tidlig som mulig.

Vurdering

Det er i dag mangel på kunnskap om disse barna og familiene deres og hvilke tilbud som er til nytte.

Videre er det manglende samhandling på systemnivå mellom kommune og spesialisthelsetjenesten, mellom spesialisthelsetjenesten og barneverntjenesten lokalt og regionalt, samt mellom ulike deler av spesialisthelsetjenesten.

Tilbudene rundt omkring i landet er forskjellig utformet og har forskjellig administrativ plassering. Enkelte tiltak er kun rådgivende i graviditeten, som Ullevålsteamet og Ahus-teamet. Noen tiltak er forankret i kommunen, som Midtbyen helsestasjon i Trondheim, mens andre tiltak er forankret i spesialisthelsetjenesten, som Familieambulatoriet i Nord-Trøndelag.

Det foreslås derfor etablert et nasjonalt kompetansesenter som blant annet kan bidra til nødvendig samhandling mellom de ulike nivåene og tiltakene.

I tillegg bør kompetansesenteret kartlegge aktuelle tilbud på landsbasis og ha en nettverksfunksjon. Senteret bør også ha ansvar for nasjonale konferanser og kursing på fagområdet.

Senteret bør i stor grad drive med klinisk forskning på disse pasientgruppene i samarbeid med Seraf (Senter for rus og avhengighetsbehandling ved Universitetet i Oslo) og andre aktuelle forskningsmiljøer. Senteret bør ta initiativ til landsomfattende klinisk forskning og etablere forskningsnettverk. Aktuelle forskningsområder er blant annet nedtrapping av LAR-medikament under graviditet, tidlig identifisering av rus- og bruk av vanedannende medikamenter i svangerskap for alle grupper kvinner, og tidlig diagnostisering av alkoholskadde barn.

Videre er det et behov for å etablere et lokalt oppfølgingstilbud i Oslo i spesialisthelsetjenesten for kvinner som bruker alkohol og andre rusmidler i graviditeten og kvinner som bruker vanedannende legemidler i graviditeten (omfatter beroligende og søvngivende midler, smertestillende midler og LAR-medikamentene). Et slikt tilbud bør også gis til kvinner som tidligere har vært i behandling for rusmiddelproblemer, da forskning viser at mange vil ha tilbakefall til misbruk. Dette senteret vil kunne dekke funksjonene til det tverrfaglige teamet (8.4.2) i Oslo.

Tilbudet bør også ha fokus på tidlig identifisering og intervensjon overfor målgruppen, samt utprøving av aktuelle kartleggingsverktøy og metoder. Videre bør senteret utvikle oppsøkende behandlingsstrategier for familier som faller ut av oppfølgingen.

Anbefalinger

1. *Det bør opprettes et nasjonalt kompetansesenter knyttet til Oslo Universitetssykehus. Senteret bør ha følgende funksjoner: **C***
 - a. *Poliklinisk oppfølging av gravide i LAR og kvinner som har benyttet andre vanedannende medikamenter eller rusmidler i svangerskapet*
 - b. *Poliklinisk oppfølging av barn født av mødre i LAR og barn født av mødre som har benyttet andre vanedannende medikamenter eller rusmidler i svangerskapet*
 - c. *Bredt samarbeid med aktuelle kommunale tiltak og andre deler av spesialisthelsetjenesten*
 - d. *Liasonvirksomhet overfor andre deler av spesialisthelsetjenesten*
 - e. *Oppsøkende virksomhet*
 - f. *Veiledningsfunksjon lokalt, regionalt og nasjonalt*
 - g. *Nasjonal nettverksfunksjon*
 - for tverrfaglige team beskrevet under 8.4.2.
 - for tiltak overfor gravide og familier med rusmiddelproblematikk (kap 10.2)
 - h. *Koordinere tiltak med R-BUP, BUF-etat/fagteam og andre aktuelle instanser*
 - i. *Forskning og fagutvikling, lokalt og nasjonalt*

8.4.2 Tverrfaglig team i spesialisthelsetjenesten

Bakgrunn

I kontakten med de internasjonale fagmiljøene har vi sett at barneleger og barneavdelinger har en viktig rolle i oppfølging av barn født av mødre som har brukt metadon eller buprenorfin i graviditeten:

- Ved Universitetsklinikken i Wien ble barna systematisk fulgt opp av barnenevrolog i flere år etter fødsel.
- Ved Universitetsklinikken i Helsingfors var oppfølging av barn av kvinner i LAR og barn av andre kvinner med rusmiddelavhengighet organisert ved sosialpediatrisk seksjon ved barneavdelingen.
- Ved CAP-senteret (Centre for Addiction and Pregnancy) ved Johns Hopkins Universitetssykehus i Baltimore fikk barn født av metadonbehandlede kvinner tilbud om oppfølging av senterets barnelege og barnepsykolog frem til 20 årsalder.
- I Philadelphia ble barna fulgt opp ved tverrfaglig klinikk i samarbeid mellom barnepsykolog og barnelege.
- I New York var det tverrfaglig oppfølging av mødre og barn i sosialmedisinsk klinikk tilknyttet universitetet, hvor barnepsykolog hadde en sentral rolle i oppfølging og rådgivning.
- I København er tilgjengelighet og tverrfaglighet ivaretatt i et lavterskeltilbud til kvinner med rusmiddelavhengighet og barna deres ved "Familieambulatoriet", hvor oppfølging fra barnelege og barnepsykolog er en del av tilbudet (50).

I Norge har noen barneleger med interesse for fagområdet etablert poliklinisk oppfølging av barn født av mødre i LAR og rusmiddelavhengige mødre. Slike tilbud har vært etablert ved Barneavdelingen ved St. Olavs Hospital i Trondheim og ved Haukeland Universitetssykehus i Bergen (hvor også barnepsykolog har deltatt i oppfølgingen). Ved de andre sykehusene har denne oppfølgingen ikke vært etablert som en rutine. Disse norske miljøene har bidratt til å samle og formidle kunnskap om vansker og behov også hos barn født av mødre i LAR, se også 2.2.4 (56) og om andre rusmiddelrelaterte problemer hos barn (79;291). I Nord-Trøndelag har man etablert et prosjekt med samordning av tjenester til barn med rusmiddelrelaterte vansker etter "Familieambulatoriets" modell, organisert ved BUP-klinikken i Namsos og Levanger. Et liknende tiltak er etablert i Asker og Bærum.

Vurdering

Årsakene til barnas vansker antas å være sammensatte. Barneleger og annet personale ved landets barneavdelinger har en fagtradisjon med høy oppmerksomhet rettet mot nyfødtes og spedbarns tidlige utvikling, omsorg og behov, både somatisk og psykisk. Denne kompetansen bør det bygges videre på, med fokus på kunnskap fra nyere spedbarnsforskning når det gjelder de yngste barnas behov, samspill med foreldre/omsorgspersoner, tilknytning osv.

Utvikling av slik kompetanse er et satsningsområde i flere norske fagmiljøer med ansvar for barn, og antas å kunne være av særlig betydning for barn født av kvinner i LAR og kvinner med rusmiddelavhengighet. Økt oppmerksomhet på barn av foreldre med rusmiddelproblemer og foreldre med psykiske vansker og deres behov for oppfølging og tiltak er et nasjonalt satsningsområde. Det er derfor naturlig at spesialisthelsetjenestene

for barn må ha fokus på denne barnegruppen og medvirke til et bedre tilbud og økt kompetanse på området, samt bedre samordning/samarbeid.

I dag er oppfølgingen av disse barna og familien deres ofte mangelfull. Derfor anbefaler vi et strukturert oppfølgingsprogram for barna i spesialisthelsetjenesten med oppfølging fra tverrfaglige sammensatte team.

Anbefalinger

1. *Det bør etableres tverrfaglige team for barn født av kvinner i LAR og barn født av kvinner som har benyttet andre vanedannende medikamenter eller rusmidler i svangerskapet. I første rekke etableres slike team ved sykehus utpekt av RHF-ene (7.1.1). **D***
2. *Teamet koordineres fra barneavdeling eller annen egnet avdeling ved sykehuset og bør sammensettes av **D***
 - a. *ansatt fra barneavdeling med ansvar for koordinering av teamet*
 - b. *barnelege (fra barnenevrologi, sosialpediatri eller barnehabilitering)*
 - c. *barnepsykolog med kompetanse på spedbarn og små barns utvikling (tilknyttet BUP, BUPA, barneavdeling eller barnehabilitering)*
 - d. *fagperson fra TSB*
 - e. *eventuelt andre yrkesgrupper (barnefysioterapeut eller andre)*
3. *Teamets funksjon bør være å **D***
 - a. *ha ansvar for å etablere kontakt med foreldre i svangerskapet og familien under oppholdet på nyfødtavdeling*
 - b. *bidra til kontakt og samarbeid mellom føde- og barneavdeling og det lokale hjelpeapparat*
 - c. *ha oppfølgingsansvar for barnet i spesialisthelsetjenesten*
 - d. *være rådgivende instans for det lokale hjelpeapparat ved behov for vurderinger*
 - e. *opparbeide og systematisere kunnskap om barnas utvikling og tiltak*
4. *Barnet med foreldre bør innkalles rutinemessig til undersøkelse ved 6 og 12 måneders alder og deretter årlig frem til skolealder. **D***
5. *Videre oppfølging og tiltak utover dette vurderes ut fra konkrete behov. **D***
6. *Ved oppfølging i spesialisthelsetjenesten bør det legges vekt på følgende: **D***
 - a. **Første leveår:** *Vurdering av familiens mestring og behov, reguleringsvansker når det gjelder amming / annen ernæring, søvn og atferdstilstander, samspill, vekst og fysisk, nevrologisk, psykomotorisk og sansemessig utvikling.*

- b. Andre leveår:** *Vurdering av familiens mestring og behov, barnets tilknytning til foreldrene og samspill, ferdigheter i forbindelse med felles oppmerksomhet, vekst og fysisk, nevrologisk, psykisk, motorisk og sansemessig utvikling. Vektlegging av barnets evne til kontakt og kommunikasjon. Vurdering av øyelege.*
- c. Tredje-fjerde leveår:** *Vurdering av familiens mestring og behov, barnets tilknytning til familien, samspill, vekst og fysisk, nevrologisk, motorisk, kognitiv utvikling, atferd, psykisk helse og sosial fungering. Vektlegging av språk.*
- d. Femte-sjette leveår:** *Vurdering av familiens mestring og behov, barnets tilknytning til familien, barnets vekst, fysisk og psykisk helse, atferd, motorisk og kognitiv utvikling. Vektlegging av evne til konsentrasjon og sosial fungering og om barnet er modent for skolestart. Vurdere om barnet vil ha behov for spesiell tilrettelegging i skolen.*

8.4.3 TSBs rolle

Bakgrunn

Hensikten med LAR er blant annet at pasientene gis mulighet til rehabilitering og integrering i samfunnet. For mange er det å få barn og å stifte familie et viktig bidrag til en mer normalisert tilværelse. Etter hvert vil mange av pasientene få all sin oppfølging i kommunen og TSB vil kun være aktuelle i samarbeidet når spesielle situasjoner oppstår.

Mens kvinnen er gravid er ca. 50 % av fedrene og 15 % av mødrene i inntektsgivende arbeid viser tall fra den prospektive undersøkelsen av gravide i LAR (53). De fleste mødrene vil være hjemme med barnet den første tiden etter fødselen.

Gjennom intervjuer gjort med kvinner i LAR i forskningssammenheng, har vi fått informasjon om at en god del familier opplever at henteordninger og urinprøvetakning i liten grad tar hensyn til at de har fått barn, og at hverdagen dermed har endret seg fundamentalt. De fleste vil i økende grad orientere seg mot skole- og arbeidsliv, men erfarer at dette kan være vanskelig på grunn av kontrollrutinene som LAR pålegger dem.

Tilbakefall til misbruk er en av de vanligste årsakene til at omsorgen for barnet/barna kan bli skadelidende.

Vurdering

Det aller viktigste er å tilrettelegge oppfølgingen slik at den passer for småbarnsfamilier. Dette innebærer at henteordninger av medikament, urinprøveavtaler og samtaler bør tilrettelegges slik at familien får nødvendig ro i hverdagen. Kvinnene, og eventuelt mennene, bør i hovedsak få henteordninger på apotek som har lange åpningstider. Hentesteder hvor LAR-pasienter med dårlig rusmestring samles, bør unngås.

Henteordninger bør tilpasses rusmestringsnivå, og siden dette er foreldre som i hovedsak er rusfrie, og har omsorgsfunksjoner, vil henteordninger som er hyppigere enn én til to ganger ukentlig være lite aktuelle annet enn i korte perioder i forbindelse med dose-økninger.

Doseringen av LAR-medikamentet bør være et tema når mor, og eventuelt far, ønsker det. En del foreldre vil på et eller annet tidspunkt ønske å trappe seg ned fra LAR-medikamentet med tanke på å slutte helt på lengre sikt. I slike tilfeller er det viktig å ta kvinnen, eventuelt også mannen, på alvor og diskutere dette med dem og legge en plan for hvordan det kan skje i samarbeid med TSB.

Det bør rettes vedvarende oppmerksomhet mot situasjoner med risiko for inntak av rusmidler. Ved inntak av rusmidler må tilpassede tiltak igangsettes. Se 6.5.8. og 9.3.1.

Det er viktig at informasjon gis videre til barneverntjenesten når bruk av rusmidler er av en slik art at foreldrefunksjonen svekkes og meldeplikten etter helsepersonelloven § 33 inntreffer.

Anbefalinger

1. *Henteordninger for LAR-medikament, urinprøveavtaler, samtaler etc. bør tilrettelegges slik at familien får nødvendig ro i hverdagen. **D***
2. *Det bør rettes oppmerksomhet mot situasjoner med risiko for inntak av rusmidler. **D***
3. *Ved inntak av rusmidler bør tilpassede tiltak igangsettes. **D***
4. *Informasjon om bruk av rusmidler gis videre til barneverntjenesten når bruk av rusmidler fører til at foreldrefunksjonen svekkes og meldeplikten etter helsepersonelloven § 33 inntreffer.*

8.4.4 Barne- og ungdomspsykiatriens rolle

Bakgrunn

BUP har i de senere årene hatt en betydelig vekst i antall sped- og småbarnsteam. Det er knapt noe område innen barne- og ungdomspsykiatrien hvor spesialiseringen og fagutviklingen har hatt slik vekst. Den internasjonale situasjonen når det gjelder å utvikle forskningsbaserte tiltak for hjelp i tilknytning mellom barn og foreldre og å gi konkrete råd i samspillet er preget av at nye metoder og hjelpetiltak presenteres i stort tempo og med forskjellig styrke. Dette har nok ført til at ulike skoler i dette arbeidet er i ferd med å utvikle seg.

Det nasjonale kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse springer ut fra RBUP-systemet (www.r-bup.no), og ulike psykologiske institutter er sentrale i dette arbeidet. Det foregår et utviklingsarbeid med utprøving av metoder og samarbeidsmodeller, og etablering av opplæringstilbud til aktørene i sped- og småbarnsteamene.

Pasienten blir ofte henvist til behandling i BUP (292) når det er problemer i samspillet mellom foreldre og barn. Ofte er bakgrunnen vansker med mat og søvn hos spedbarna. De litt større barna henvises som regel på grunn av atferdsproblemer (293).

Vurdering

I dag er kompetansen i BUP-systemet ulik fra team til team. Få av teamene har mye kompetanse på arbeid med foreldre med nåværende eller tidligere rusmiddelproblemer og barna deres. Kompetansen må bygges opp i tett samarbeid mellom hjemkommune, barnevern og BUP. BUP vil sjelden følge opp familien over lengre tid, men koples inn når spesifikk problematikk tilsier det.

Det er sped- og småbarnsteamene som besitter kunnskap om diagnostikk og råd om hvordan foreldre og hjelpere skal håndtere barna. Familier med sammensatte vansker har ofte mange helpere. Det er helt nødvendig at BUP beskriver tilbudet sitt som en del av det totale tilbudet familien får.

Anbefalinger

- 1. Det bør henvises til BUP når følgende problemer krever mer oppfølging enn det lokale hjelpeapparatet kan yte: **D***
 - a. Tilknytningsproblemer*
 - b. Atferdsproblemer*
 - c. Symptomer og atferd hos barnet, behov for hjelp til foreldrene med å håndtere barnet*
 - d. Behov for veiledning av foreldre*
 - e. Behov for diagnostisering av spesifikke tilstander*
- 2. BUP bør bidra med psykolog med spesialkompetanse på sped- og småbarns utvikling inn i det tverrfaglige teamet (se 8.4.2).*

8.4.5 Innleggelse på institusjon

Bakgrunn

Det er få studier som omtaler nytten av heldøgnsopphold for familien etter utskrivning fra sykehus. Antagelig er hovedgrunnen at slike opphold er knyttet til den nordiske velferdsmodellen og finnes i begrenset omfang i de fleste land. I Norge har vi imidlertid en del erfaring med slike opphold, og enkelte institusjoner har opparbeidet seg betydelig

innsikt i spesifikke utfordringer knyttet til både barn og foreldre. Det er to ulike tilbud som kan være aktuelle for familien etter utskrivning fra sykehus: Innleggelse i senter for foreldre og barn i forlengelse av barselopphold og mer langvarig innleggelse i familieavdeling innenfor tverrfaglig spesialisert behandling (TSB).

Vurdering

Det er viktig å være tydelig på målsettingen for oppholdet, slik at foreldrene vet hva de går til, hvor lenge oppholdet skal vare og hvilken hjelp de kan forvente.

Mange av disse barna trenger medisinsk oppfølging for NAS i flere uker etter fødselen (se 7.2.4). I tillegg trenger foreldrene tid til å lære hvordan de best kan håndtere et barn som har abstinenser. Abstinente barn kan reagere svært annerledes i den daglige interaksjonen mellom mor/far og barn enn barn født uten slike plager. Et opphold på en døgninstitusjon med kompetent fagpersonell vil derfor kunne trygge mors/fars kompetanse på sitt eget barn og sette familien i stand til bedre å håndtere utfordringer når familien skrives ut. Et døgnopphold gjør også at helsepersonell får se mor/far i samspill med barnet over en viss tid. Det er viktig å være tydelig på hensikten med oppholdet, slik at mor/far opplever oppholdet som en hjelp til å mestre en utfordrende foreldrerolle. Samtidig er et slikt opphold oftest ensbetydende med at foreldrenes omsorgskompetanse blir vurdert. Å kommunisere denne "dobbelheten" er avgjørende for at oppholdet skal oppleves trygt og forutsigbart.

Ansvarsgruppen bør være sentral både før, under og etter institusjonsopphold slik at et institusjonsopphold ikke representerer et "brudd" i et godt planlagt forløp. Vurdering av videre oppfølgingsbehov med konkrete avtaler etter utskrivning bør planlegges mens familien er innlagt.

Institusjonstype velges ut fra barnets og foreldrenes behov, foreldrenes omsorgskompetanse, tilgjengelige tilbud, samt foreldrenes ønsker.

1. Innleggelse på senter for foreldre og barn

Det er den kommunale barneverntjenesten som utreder behovet for og søker plass i senter for foreldre og barn, men Bufetat har ansvaret for å skaffe plass. Da det er mangel på slike plasser, bør planlegging starte i svangerskapet.

Hensikten med oppholdet kan være

- kartlegging av barnets fysiske, sosiale og emosjonelle utvikling
- vurdering av familiens hjelpebehov, herunder foreldrenes funksjonsnivå og endringspotensiale
- tilbud om botrening, veiledning og opplæring i foreldrerollen
- vurdering av og opptrening i omsorgskompetanse
- vurdering av omsorgsevne
- samspillsvurdering og -opplæring
- familierapeutisk og miljøterapeutisk behandling

Det er viktig at institusjonene har kompetanse på skåring og behandling av NAS, samt på rusmiddelavhengighet og LAR.

2. Innleggelse i familieavdeling innenfor TSB

I noen tilfeller trenger familien et lengre opphold på døgningstusjon enn noen uker etter fødsel. Bakgrunnen for et slikt opphold kan være at mor, og eventuelt far, har en for kort periode med rusfrihet bak seg, uttryggghet hos foreldrene når det gjelder den nye situasjonen eller andre forhold som bolig, økonomi, nettverk, psykisk eller fysisk helse. Det finnes flere institusjoner innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling som har egne familieenheter. Et slikt opphold må søkes om i god tid, slik at tilbudet kan være klart når barnet skrives ut fra sykehuset, eventuelt fra et "utvidet" barselopphold som nevnt over.

Disse institusjonene må ha kompetanse på skåring og behandling av NAS, være godt tilrettelagt for familier og ha kompetanse på barns utvikling og samspill.

Barn som innlegges sammen med foreldre på TSB-institusjon bør få pasientstatus, slik at de får pasientrettigheter, inklusive egen journal og spesialistkompetanse knyttet til behandling og oppfølging.

Anbefalinger

1. Hvis institusjonsopphold er nødvendig, bør overføring skje direkte fra sykehus. **D**
2. Barn som innlegges sammen med foreldre på TSB-institusjon bør få pasientstatus. **D**
3. Hensikten med oppholdet bør kommuniseres tydelig og gjensidige forventninger avklares. **D**
4. Ansvarsgruppen bør møtes under oppholdet for å sikre oppfølging etter utskrivning. **D**
5. Det bør tilstrebes en åpen og gjensidig informasjonsutveksling mellom sykehus, institusjon, ansvarsgruppe og foreldre. **D**
6. Før barnet/familien utskrives, bør oppfølging og forpliktende samhandling være avtalt. Hvordan samarbeidet om familien og barnet skal organiseres (ansvar og roller) må avtales i hver sak for å sikre målsettingen om helhetlige tjenester. **D**
7. Epikrise for oppholdet bør sendes til fastlege og helsestasjon etter samtykke. **D**

9 Andre temaer

9.1 Sosiale forhold

9.1.1 Bolig

Bakgrunn

En bolig med tilstrekkelig størrelse beliggende i et område hvor barnas behov for trygghet blir ivaretatt er viktig for å sikre dem gode oppvekstvilkår. En del av familiene bor i kommunale boliger av tilstrekkelig størrelse, men i områder med en opphoping av sosiale problemer.

Vurdering

Det er viktig at disse familienes boligsituasjon blir vurdert. Det finnes gode muligheter for å bytte til en mer hensiktsmessig bolig ved hjelp av støtteordninger i husbanken eller etablering av kommunalt startlån. I tillegg bør kommunen/bydelene være særlig oppmerksom på de ekstra belastningene det er å vokse opp i områder som har en stor andel kommunale boliger og legge til rette for at barnefamiliene kan bo i områder som egner seg for barn.

Anbefalinger

1. *Det bør gjøres en vurdering av nåværende boligsituasjon. C*
2. *Familiene bør få hjelp til å bytte til mer egnet bolig der vurderingen tilsier det. C*
3. *Det bør informeres om mulighet for støtte gjennom husbanken, bostøtte og kommunalt startlån og tilbys konkret hjelp til å søke slike ordninger. C*

9.1.2 Økonomi

Bakgrunn

Familier hvor mor eller begge foreldrene er i LAR, har ofte lav inntekt. Den årlige statusundersøkelsen som kartlegger LAR-pasienter på landsbasis, viser at ca. ¾ av pasientene ikke er i arbeid og heller ikke er under utdanning (130). Den lave deltakelsen i arbeidslivet medfører at disse familiene som gruppe er lavinntektsfamilier og har sin månedlige inntekt gjennom uføretrygd (40 %) eller arbeidsavklaringspenger. Andelen med sosialhjelp som viktigste inntekt var i 2008 ca. 15 %.

Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) utga i 2008 en rapport om familiens inntekt og barns levekår over en tidsperiode (294). Over 1000 lavinntektsfamilier og 235 kontrollfamilier ble fulgt opp på ulike tidspunkt. Foreldre og barn ble intervjuet om en rekke forhold knyttet til boligsituasjon, forbruksproblemer, ulike former for fattigdom, sosiale nettverk og helse. Rapporten viste at det oftest var større forskjeller mellom undergrupper i lavinnteksgruppen enn mellom lavinnteksgruppen og kontrollgruppen. Undergruppen med langvarig svak familieøkonomi så imidlertid ut til å være utsatt gjennom å ha de største helserelaterede problemene. Barna i denne gruppen rapporterte i større grad om psykosomatiske symptomer og høyere skolefravær knyttet til sykdom. I tillegg skåret barn fra familier med lav inntekt lavere på selvoppfattet kompetanse og selvtillit.

Vurdering

En del av familiene kan ha gammel gjeld, uhensiktsmessige nedbetalingsordninger etter kredittkortbruk med høy rente osv. Gjeldsrådgivning, informasjon om og konkret hjelp til å søke eksisterende støtteordninger, planlegging og hjelp til tilrettelegging av familiebudsjett bør inngå i tiltakene rundt familien.

I tillegg bør det tilstrebes en mer langsiktig innsats for å bedre familiens utsikter til større deltakelse i utdanningsforløp og arbeidsliv.

Anbefalinger

1. *Familier i LAR bør få hjelp til å gå gjennom sin økonomiske situasjon. C*
2. *Familiene bør sikres en økonomi som gjør dem i stand til å delta i samfunnet, og slik at barna sikres deltakelse i aktiviteter, lek og organiserte fritidstilbud på linje med andre barn. C*

9.1.3 Skole/arbeid/dagtidsaktivitet

Bakgrunn

Foreldre i LAR har varierende grad av tidligere arbeidserfaring, og arbeidsledigheten er høyere i denne gruppen enn i befolkningen forøvrig. Tall fra den norske prospektive undersøkelsen viste imidlertid at ca. halvparten av fedrene var i inntektsgivende arbeid. I svangerskapet var seks av de 38 undersøkte kvinnene i inntektsgivende arbeid. Å kunne delta i arbeidslivet er den viktigste faktoren for en forutsigbar økonomi og deltakelse og integrering i samfunnet (294).

Vurdering

Manglende utdanning og arbeidserfaring gjør at terskelen inn til arbeidslivet kan bli høy. For noen vil det være aktuelt å starte et utdanningsforløp, mens andre vil trenge tilrettelagte arbeidstilbud gjennom NAV-systemet. En relativt stor andel har uførestønad (130).

Det er uansett viktig for de fleste å ha et tilbud om aktivitet på dagtid. Mange trenger hjelp av NAV til å få til en meningsfull hverdag. En del av foreldrene vil på lengre sikt og med riktig hjelp kunne tre inn i arbeidslivet igjen. Det bør legges til rette for at foreldre med uføretrygd kan få økonomisk støtte til utdanning, slik at de på sikt kan komme ut i arbeidslivet.

Anbefalinger

1. *Familiens behov og mulighet for deltakelse i arbeidsliv/utdanning bør vurderes. **C***
2. *NAV bør ha en sentral rolle i arbeidet for å tilrettelegge for utdanning/ arbeid/dagtidsaktivitet for denne pasientgruppen. **D***

9.1.4 Nettverk

Bakgrunn

Gjennom klinisk erfaring vet vi at mange i LAR har et mangelfullt sosialt nettverk. Flere undersøkelser viser betydningen av et godt nettverk, og egne metoder er utviklet for å kartlegge, vitalisere og fornye det sosiale nettverket. Den siste Nova-rapporten om barns levekår fant at andelen barn som følte seg utenfor eller ble mobbet, var høyere i lavinntektsgruppen enn i normalinntektsgruppen (294).

Vurdering

En bakgrunn med illegalt rusmiddelmissbruk har ofte gjort det vanskelig å vedlikeholde vennskap, og mange relasjoner har blitt brutt. Mange vil kun ha sin lille familie i tillegg til profesjonelle som de kan søke støtte hos. Å erkjenne at man har et manglende sosialt nettverk kan være vanskelig i vårt samfunn hvor vellykkethet ofte måles gjennom fritidsaktiviteter og samvær med gode venner. Ulike metoder er etablert med sikte på å utvide nettverket og øke deltakelsen i samfunnet. I småbarnsfasen har familien naturlige fortrinn fordi barna går i barnehage og skole og det er lettere å bli kjent med andre. Rådgivning om det å ta kontakt, invitere til samvær, be andre barn med hjem osv. kan bidra til økt sosial inkludering og utvide nettverket naturlig.

Anbefalinger

1. *Familiene bør få hjelp til å arbeide med sosial inkludering knyttet til konkrete situasjoner i hverdagslivet. **D***
2. *Familier som har behov for det, bør kunne henvises til terapeut med nettverkskompetanse. **D***

9.2 Oppfølgingen skal ikke belaste for mye

LAR har blant annet til hensikt å gjøre det mulig for pasientene å leve et mest mulig normalt liv og er for de fleste en livslang behandling. En stor del av kvinnene som får barn mens de er i LAR, har kommet langt i sin rehabilitering og styrer i stor grad livet sitt selv, med henting av LAR-medikament hver uke og sjeldne ansvarsgruppemøter. I forbindelse med svangerskapet har de fått tettere oppfølging, men etter hvert vil behovet for tett oppfølging av familien oftest avta.

9.2.1 Tilpasset oppfølging

Bakgrunn

I kapittel 8 er det skissert hvilken type oppfølging som anbefales for barn som har vært eksponert for LAR-medikament i svangerskapet. Bakgrunnen for anbefalingene er både risiko knyttet til foreldrenes bakgrunn og risiko knyttet til barnet. Det anbefales tettere oppfølging enn ordinært forløp fra helsestasjonen og en samtidig strukturert oppfølging fra spesialisthelsetjenesten.

Vurdering

Småbarnsperioden er en travel periode for alle, noe det må tas hensyn til når tiltak planlegges for familien. Det bør gjøres individuelle vurderinger av hvordan familien håndterer barnet, jf. 8.2.2, hvor utfordringene veies opp mot foreldrenes ressurser.

Når foreldrene mestrer den nye situasjonen med barnet på en tilfredsstillende måte, må hjelpeapparatet i størst mulig grad basere oppfølgingen på de behovene som foreldrene melder fra om. Det bør, hvis oppfølgingen reduseres eller avvikles, avtales tydelig hvordan foreldrene kan få rask hjelp på et senere tidspunkt. Det kan vurderes om kvinnen/familien bør ha en "støtteperson" som de lett kan kontakte ved behov.

Anbefalinger

1. *Oppfølging av barn eksponert for LAR-medikament i svangerskapet bør begrenses til den skisserte planen hvis barnets utvikling og foreldrefunksjonen er tilfredsstillende. **D***
2. *Foreldrenes rehabilitering bør planlegges slik at familien i størst mulig grad får ro til å ta seg av den nyfødte og andre barn familien har. **D***
3. *Foreldre som mestrer omsorgen for barnet på en tilfredsstillende måte, bør få den hjelpen de ber om. Oppfølgingen bør ikke innebære unødig involvering i familiens liv. **D***

9.2.2 Om familier med flere barn

Bakgrunn

En god del av familiene har flere barn. I forskningsprosjektet ved Seraf har vi kontakt med mange familier som har fått to barn mens mor har vært i LAR og også noen som har fått tre barn. Mange familier har i tillegg andre barn som de bor sammen med.

Vurdering

Vi har hatt kontakt familier med flere barn som har ytret at de gruer seg til at denne retningslinjen trer i kraft fordi det vil innebære mye oppfølging og mange møter for dem. Hvis både mor, far og eksempelvis to barn skal ha egne ansvarsgrupper, er det opp til fagpersonene rundt familien og diskutere seg frem til en hensiktsmessig oppfølging i samarbeid med foreldrene, slik at ikke denne belaster familien for mye.

Familiene må gis mulighet til å følge opp skole, arbeid og andre dagtidsaktiviteter som de har.

Det må også gjøres tilpasninger når det gjelder oppfølgingen av familier i LAR som allerede har fått barn når denne retningslinjen trer i kraft. Også her er det viktig at familien tas med i planleggingen av hvordan dette skal skje og forklares nøye hvorfor en slik oppfølging er hensiktsmessig.

Anbefalinger

1. *Man bør sikre at oppfølgingen ikke belaster foreldrene og barna unødig, ved at oppfølgingen av familier hvor mange har hjelpebehov, legges opp på en hensiktsmessig måte. **D***

9.3 Om foreldres bruk av rusmidler

Å ha omsorg for barn innebærer et bevisst forhold til bruk av rusmidler. Myndighetene anbefaler for eksempel at man ikke drikker alkohol når det er barn til stede, men temaet regnes som tilhørende privatsfæren, og hver enkelt familie gjør sine egne vurderinger. Denne retten har også familier som har mor/far i LAR. I og med at alkohol er et lovlig rusmiddel er det særlig når foreldrene bruker illegale rusmidler at vi som fagpersoner reagerer.

Forskning viser imidlertid at barn som vokser opp med rusmiddelmissbruk, uavhengig av rusmiddel, er særlig risikoutsatt og klarer seg dårligere enn jevnaldrende når det gjelder en rekke forhold i voksen alder (73;74). Det er derfor grunn til å ta situasjonen alvorlig hvis foreldrene misbruker rusmidler når de har omsorg for barn.

En særlig utfordring kan være hvis mor/far får forskrevet benzodiazepiner fra lege. I tillegg til at det for enkelte kan føre til at man inntar mer benzodiazepiner enn forskrevet, øker slikt inntak effekten av LAR-medikamentet, og mor/far kan få ruspreget atferd. Det frarådes generelt at benzodiazepiner gis i tillegg til LAR-medikament, selv om det også her kan være visse unntak.

Alle pasienter i LAR har en avhengighetsdiagnose og er i risiko for tilbakefall til rusmiddelmissbruk. Det kan derfor være kort vei fra bruk til misbruk hos mor eller far. Det hviler et særlig ansvar på disse foreldrene for ikke å falle tilbake til misbruk verken av alkohol eller illegale rusmidler når de har omsorg for barn. Det er imidlertid en kjensgjerning at enkelte vil ha tilbakefall også etter at de har blitt foreldre. Dette må håndteres på en faglig forsvarlig måte, og råd bør søkes hos ansvarlig fagperson i TSB.

9.3.1 Hvordan håndtere mistanke om bruk av rusmidler?

Bakgrunn

Fra de norske undersøkelsene og klinisk erfaring vet vi at den nære forbindelsen mellom inntak av rusmidler og det å stå i fare for å kunne miste omsorgen for barnet sitt, gjør at noen velger å ikke være åpne om problemene sine. Redselen kan medføre at foreldrene ikke forteller om at de tenker på rus, har hatt enkeltepisodes med inntak eller i verste fall mer langvarig misbruk. Det hender også at far ruser seg, og at mor opplever det som vanskelig å "sladre" på far. Ofte trekker paret seg unna når slike lojalitetskonflikter oppstår.

Vurdering

En god dialog med foreldrene, hvor det gis aksept for at mor/far kan ha tanker og planer om inntak av rusmidler er helt avgjørende for å redusere sjansen for bruk av rusmidler. For en som har mange års avhengighet bak seg og har vært vant til å dempe følelser og frustrasjoner med rusmidler, er det normalt å ha slike tanker om rus. En gjensidig tillit mellom foreldrene og hjelpeapparatet medfører økt trygghet for begge parter til å kommunisere ærlig og åpent dersom problemer skulle oppstå.

Man bør ha en åpen diskusjon rundt bruk av alkohol med foreldre i LAR. Klinisk erfaring viser at pasienter med en tidligere rusmiddelavhengighet lettere utvikler problematisk bruk

av alkohol, nettopp fordi dette er et legalt rusmiddel. Det er grunn til å tro at dette også skjer med noen av foreldrene i LAR og det er derfor viktig å tilstrebe åpenhet rundt all bruk av rusmidler.

En situasjon med inntak av rusmidler bør håndteres av en fagperson med innsikt i rusbehandling og som mor/far er i en trygg relasjon til. Hvis mor/far er ærlige og forteller om en enkeltepisode hvor de har brukt rusmidler, er det viktigste å forhindre at situasjonen utvikler seg videre. Å fortelle om enkeltinntak vitner om at mor/far tar omsorgsansvaret alvorlig og vil gjøre noe med en vanskelig situasjon. Ved å skaffe seg oversikt over situasjonen blir det lettere å vurdere hvilke tiltak som er hensiktsmessige: Hvordan skjedde det? Hva slags tanker hadde pasienten i forkant? Var barnet til stede i situasjonen?

Hvis man ikke har en god allianse med mor/far, og man bygger sin bekymring på mistanke, er det viktig å fokusere på endret atferd (det man har observert), og ikke påstå at mor/far er ruset. I en slik situasjon bør ansvarlig fagperson i TSB kobles inn og vurdere situasjonen, eventuelt avtale en urinprøvekontrakt. Det bemerkes at urinprøver som kan føre til alvorlige sanksjoner, skal håndteres etter I-14/2002 (201), se kapittel 6.5.5.

Anbefalinger

1. *Det bør være avtalt på forhånd hva mor/far skal gjøre og hvor de skal henvende seg, hvis de får tanker om rus eller har hatt inntak av rusmidler. **D***
2. *Det kan være nødvendig med hyppigere urinprøvetaking en periode. **D***
3. *Rusepisoder bør kartlegges og nødvendige tiltak settes inn. Ved vedvarende misbruk, eller hvis situasjonen har medført at barnet har vært/er forsømt, skal barneverntjenesten kontaktes.*

9.4 Sikker oppbevaring av LAR-medikament

Bakgrunn

LAR-medikamentene er sterkt vanedannede medikamenter som kan være livsfarlige for personer som ikke er tilvendt opioider. Dette gjelder i særlig grad metadon. Selv en liten mengde av en daglig dose kan være dødelig for et lite barn. Fra andre land er det beskrevet tilfeller hvor barn har dødd etter å ha fått i seg foreldrenes metadon (295). En gjennomgang av innleggelse og dødelighet hos barn knyttet til foreldrenes metadon og buprenorfin fra USA i årene 2000-2008 er spesielt nyttig (296). 20 dødsfall av metadon hos barn under 6 år er beskrevet, ingen barn er kjent døde av buprenorfin. Artikkelen gir også råd om hvordan slik eksposisjon kan unngås og hvordan barn som har fått i seg metadon eller buprenorfin bør behandles på sykehuset.

Vurdering

Det er viktig at forskrivende lege forsikrer seg om at pasienter med omsorg for eller kontakt med barn er spesielt oppmerksomme på sikker oppbevaring av LAR-medikamentet.

Metadonflasker bør utstyres med barnesikring, men for nysgjerrige og kreative små barn er dette ikke tilstrekkelig, og man må vurdere nedlåst oppbevaring i skrin eller eget skap.

Anbefalinger

1. *Forskrivende lege bør kartlegge hvordan pasienter med omsorg for eller annen kontakt med barn oppbevarer LAR-medikamentet og informere om sikker oppbevaring. **B***
2. *Metadonflasker bør utstyres med barnesikring. **B***
3. *Metadon og buprenorfin bør oppbevares nedlåst. Et låsbart skrin bør utleveres til alle familiene, senest i forbindelse med fødselen. **C***

9.5 Forhold knyttet til omsorg

9.5.1 Midlertidig og permanent omsorgsovertakelse

Noen av familiene vil oppleve at barnet deres blir tatt hånd om av barnevernet i løpet av de første årene. Enkelte er fratatt barnet allerede ved fødselen. I den første norske undersøkelsen av denne gruppen bodde 13 av 56 barn ikke sammen med biologiske foreldre ved toårs alder (50). Ofte er bakgrunnen for intervensjonen at det er mistanke om eller erkjent bruk av rusmidler. I enkelte tilfeller tar familien selv kontakt med barnevernet hvis de får problemer.

Å bli fratatt omsorgen for et barn er en alvorlig inngripen i foreldrenes og barnets liv.

Kunnskapen om LAR-brukere er blant mange fagpersoner mangelfull, og noen oppfatter bruk av LAR-medikament som rusmiddelbruk. Generell kompetanse om LAR og kunnskap om at LAR-medikament ikke gir ruspåvirkning når det blir tatt som forskrevet, er avgjørende for å treffe riktige avgjørelser.

Noen av familiene vi har hatt kontakt med, har opplevd å bli fratatt barna midlertidig med grunnlag i mistanke om rusmiddelmissbruk, hvor det i ettertid har vist seg å være feil.

Det er selvfølgelig også store belastninger for barn ved å oppleve ustabilitet, nye omsorgspersoner og relasjonsbrudd.

9.5.2 Fylkesnemdsbehandling og rettssaker

Fylkesnemdsbehandling er aktuelt både ved bruk av § 10-3 i helse- og omsorgstjenesteloven ved rusmiddelmisbruk i svangerskapet og ved midlertidig eller permanent omsorgsovertakelse etter at barnet er født (98;99).

Vedtak i fylkesnemda kan bringes inn for rettslig overprøving i tingretten av foreldrene eller kommunen, jf. barnevernlovens kapittel 7, jf. § 4-6, annet ledd og § 4-12 (99).

9.5.3 Kontakt med barn ved plassering utenfor hjemmet

Foreldre som midlertidig eller varig ikke har daglig omsorg for barnet sitt, vil som regel ha behov for god, kontinuerlig informasjon og individuelt tilpasset bistand, både fra barneverntjenesten og andre. Det kan dreie seg om samtaler og rådgivning, en tilgjengelig kontaktperson i barneverntjenesten og praktisk hjelp i forbindelse med samvær med barnet mv.

10 Vedlegg

10.1 Samlet oversikt over anbefalingene

KAP. 2. HVA VET VI OM DENNE PASIENTGRUPPEN?

1. *Forskning på gravide i LAR og barn eksponert for LAR-medikament i svangerskapet og deres familier bør prioriteres. Særlig bør undersøkelser med oppfølging over lang tid vektlegges, samt kvalitative studier som fokuserer på hvordan familiene opplever nytten av de tiltakene som iverksettes. Klinisk forskning på nedtrapping av LAR-medikament under graviditet bør settes i gang. **D***

2. *Det bør etableres en nasjonal rapporteringsrutine for fødsler i LAR. Det vil gjøre det mulig å få evaluert arbeidet med disse familiene og også implementeringen av denne retningslinjen. **D***

KAP. 4. RAMMEVERK OG ORGANISERING

3. *Komptanseoppbyggingen og holdningsskapende arbeid bør rettes inn mot det kommunale tjenesteapparatet (jordmødre, helsesøstre, fastleger, helsestasjonsansatte, ansatte i sosialtjeneste/NAV og barnevern) og spesialisthelsetjenesten (kvinneklinikk, nyfødtavdeling, TSB og barne- og ungdomspsykiatrien). **C***

4. *Det bør igangsettes et nasjonalt opplærings- og kvalitetssikringsprogram for føde-/barselavdelinger og nyfødtavdelinger med fokus på observasjon og behandling av nyfødte med abstinenser. **C***

KAP 6. SVANGERSKAPET

5. *Kvinnen/paret informeres om økt sjanse for å bli gravid etter oppstart i LAR og familieplanlegging bør diskuteres. **D***

6. *Kvinnen/paret bør informeres om prevensjonsalternativer. **D***

7. *Kvinnen bør tilbys gratis prevensjon. Hormonspiral bør være det anbefalte middelet. **D***

8. *Den første fagpersonen som får kjennskap til graviditeten, har ansvar for at punktene 2-3 under blir fulgt opp og at nødvendig samarbeid blir etablert. **D***

9. *Graviditeten stadfestes og svangerskapsuke fastsettes. Kvinnens nåværende livssituasjon og hvilke instanser og fagpersoner som følger henne opp, samt ressurser i det private nettverket, bør kartlegges. **C***

10. Det bør skisseres en foreløpig plan sammen med kvinnen, med prioriteringer for hva som skal skje den nærmeste tiden. Det bør sikres at umiddelbare behov blir fulgt opp snarest mulig. Det bør planlegges et samarbeidsmøte med ansvarsgruppe og andre aktuelle instanser innen 14 dager. **D**

11. Det skal gis grundig og gjentatt informasjon til den gravide/paret fra graviditetens begynnelse. Informasjonen må være tydelig, gis både skriftlig og muntlig, og på en respektfull måte. Det må informeres om vurderinger som vil bli foretatt og hvilke etater som involveres. Informasjonen må være basert på tilgjengelig kunnskap og gis av fagpersoner med spesialkompetanse på LAR og graviditet. De ulike fagpersonene må gi samordnet informasjon. **C/D**

12. Det må informeres om **C/D**

- LAR-medikamentets virkning på fosteret
- rusmidlers virkning på fosteret (inkl nikotin og alkohol)
- at målsettingen er et rusfritt svangerskap
- hvilke tilbud som er tilgjengelig
- at vedvarende rusmiddelinntak vil føre til at § 10-3 i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester vurderes, jf. meldeplikt til sosialtjenesten (se 6.6.5).
- meldeplikt til barneverntjenesten ved fødsel hvis det er mistanke om rusmiddelmisbruk eller atferd uforenlig med omsorgsansvar hos mor eller far.

13. Den vordende far/partner bør inviteres med i all oppfølging fra starten av graviditeten dersom den gravide selv ønsker det og ikke andre forhold taler i mot det. Forutsigbarhet og forventninger til deltakelse bør avklares, herunder planlegging av opphold på føde- og barneavdeling. Den vordende far bør oppfordres til å informere sin ansvarsgruppe. **D**

14. En grundig kartlegging/utredning av kvinnen/paret bør igangsettes når graviditeten er bekreftet. Det bør innhentes relevante opplysninger/epikriser etter at pasienten har gitt samtykke. Foreldrene må trekkes med i dette arbeidet. Kartleggingen supplerer tidligere opplysninger og bør omfatte følgende: **D**

- Foreldrenes ressurser og forventninger. Tanker, følelser og planer knyttet til nåværende svangerskap og fremtid.
- Fysisk helse med vekt på misbruksrelaterte tilstander (inkl. HIV/AIDS og hepatitt), kroniske sykdommer, tidligere graviditeter og fødsler, aktuell somatisk tilstand og medikamenter pasienten har brukt i denne graviditeten
- Rushistorie – med vekt på bruk av rusmidler, vanedannende medikamenter, alkohol og tobakk i månedene før og under aktuell graviditet
- Behandling for rusproblemer med vekt på nåværende behandling
- Psykisk helse med vekt på kroniske sykdommer, aktuell psykisk tilstand og medikamenter pasienten bruker
- Familie/nettverk, med vekt på forhold til partner, foreldre og eventuelle egne barn (omsorgsansvar og samværsavtaler). Ressurspersoner i nettverket. Nettverkets forhold til rusmidler.
- Mors og/eller fars tidligere erfaringer som foreldre
- Skole/arbeid/dagtidsaktiviteter inkludert gjennomført utdanning og arbeidserfaring, med vekt på nåværende situasjon

- Økonomi - aktuell økonomiske situasjon inkludert gjeld
- Aktuell boligsituasjon
- Kartlegging av aktuelle kontakter i alle deler av behandlings- og oppfølgingsapparatet
- Foreldrenes behov for opplæring i foreldrerollen
- Planlegging av behandlings- og oppfølgingsbehov, med fokus på eventuelle umiddelbare behandlingsbehov (som behov for avrusing, henvisning for utredning/behandling etc.)

15. Kartleggingen bør koordineres av den som er koordinator/hovedkontakt for kvinnen i svangerskapet, alternativt fastlegen eller annen person/instans som har hovedansvaret for oppfølgingen. Oftest vil det være disse personene som foretar kartleggingen. **D**

16. Ansvarsgruppen bør utvides, alternativt opprettes, med tanke på planlegging og oppfølging av svangerskap, fødsel, barsel og nyfødtp periode. Det bør utpekes en koordinator (hvis dette ikke er gjort før svangerskapet) med definerte oppgaver og ansvar. **C/D**

17. Kvinnens individuelle plan (IP) bør revideres, eventuelt bør det igangsettes arbeid med IP, dersom kvinnen ønsker det. Kvinner som ikke har individuell plan gis grundig informasjon om hensikten og fordelene ved IP. Hvis kvinnen ikke ønsker individuell plan, bør det lages en behandlingsplan i stedet. **C/D**

18. Deltakelse på svangerskapskurs bør drøftes med kvinnen/paret. Individuell kursing og opplæring bør legges opp ut fra behov og forutsetninger. **D**

19. Henvisning til psykologoppfølging bør vurderes ved behov. **C**

20. De forsterkede tilbudene bør ha kompetanse om LAR og graviditet. **D**

21. Kvinnen/paret henvises til forsterkede tilbud etter behov og ønske. **D**

22. Behovet for å ha kontakt med barneverntjenesten i svangerskapet bør drøftes med gravide i LAR. Den gravide/paret informeres om barnevernets tilbud i svangerskapet og etter fødsel. Hvis situasjonen tilsier behov for tiltak fra barneverntjenesten, bør den gravide/paret motiveres til at kontakt etableres tidlig i svangerskapet. **C**

23. Den gravide må alltid gi sitt samtykke til kontakt med barneverntjenesten. **D**

24. Barneverntjenesten har ansvar for å vurdere hvilken hjelp familien trenger, og bør ved behov starte sitt arbeid i svangerskapet. I saker hvor barnevernet får en aktiv rolle, bør barnevernet utarbeide en plan for videre samarbeid, sammen med foreldre og andre aktuelle instanser. Planen bør tydeliggjøre ansvars- og oppgavefordeling og innarbeides i kvinnens IP. **D**

FELLES FOR SVANGERSKAPSKONTROLLENE:

25. Første kontroll bør skje hos fastlegen. Kvinnen/paret bør tilbys tett og fleksibel oppfølging av jordmor. Ansvarsfordelingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten bør avklares tidlig. **D**

26. Det bør være et nært samarbeid med lege med LAR-kompetanse i tverrfaglig spesialisert behandling. **D**

27. Det bør, i svangerskapsuke 28-30, etableres kontakt med helsestasjon og andre aktuelle samarbeidspartnere med ansvar for oppfølging etter fødsel. **D**

28. Gravide i LAR bør informeres om forhold knyttet til hepatitt B, hepatitt C, HIV og tilbys testing hvis aktuelt. **A/C**

29. Ved hver svangerskapskontroll bør følgende temaer belyses: **C/D**

- Hvordan har oppfølgingen hittil fungert?
- Hvordan oppleves graviditeten?
- Mors fysiske og psykiske helse
- LAR-medisinerings – dose og ev. abstinenser
- Vurdering og planlegging av videre blodprøver og urinprøver
- Kvinnens ev. bruk av vanedannende medikamenter, tobakk, alkohol og andre rusmidler.
- Sosiale og økonomiske utfordringer som ikke er tilfredsstillende ivaretatt.
- Behov for tilleggsoppfølging eller henvisning

30. Journalnotat fra hver kontroll bør sendes som kopi til den/de andre som foretar svangerskapskontroller. **D**

31. Fødested bør planlegges tidlig i svangerskapet. Plan for fødsel bør kvalitetssikres. **C**

SVANGERSKAPSKONTROLLER I KOMMUNEN:

32. Ved **første kontroll** hos fastlege i **svangerskapsuke 6-8** bør det **C/D**

- utarbeides en plan for svangerskapskontrollene
- etableres kontakt med aktuelle samarbeidspartnere
- orienteres om ultralydundersøkelsene i uke 12, 18, 24 og 32
- henvises til lege i TSB med LAR-kompetanse
- innkalles til møte i ansvarsgruppe, ev. kontaktes koordinator i ansvarsgruppen i samråd med kvinnen

33. Ved **tredje kontroll i svangerskapsuke 16** bør det **D**

- gjennomgås, diskuteres og noteres resultatene av tester som er tatt på første kontroll
- revideres plan for svangerskapsomsorgen

34. Ved **femte kontroll i svangerskapsuke 21** bør det **D**

- revideres plan for svangerskapsomsorgen

- helsestasjon kontaktes om oppfølgingsplan for mor og barn etter fødsel.
- henvises til fødeavdelingen, slik at kvinnen og partneren får omvisning og orientering om avdelingens rutiner for gravide i LAR og til barneklubben for omvisning og orientering om avdelingens rutiner for observasjon og behandling av barnet etter fødselen

35. Ved **syvende kontroll i svangerskapsuke 28** bør det **C/D**

- kvalitetssikres informasjon om og planlegging av fødsel
- revideres plan for svangerskapsomsorgen
- informeres om amming og diskuteres forhold knyttet til amming
- i samarbeid med den gravide utarbeides skriftlig informasjon som oversendes fødeavdelingen og barneklubben. Denne informasjonen skal inneholde opplysninger om svangerskapets forløp, medikamentbruk i svangerskapet, ev. bruk av rusmidler, spesielle behov under oppholdet på fødeavdelingen, opplysninger om barnets far (hvis aktuelt), samt tidligere fødsler og omsorgssituasjon for egne barn

36. Ved **niende kontroll i svangerskapsuke 36: C/D**

- Fastlegen har ansvaret for at fødeavdelingen mottar informasjon om dosering og administrasjon av LAR-legemiddel, annen medisinerings under svangerskapet og planene for LAR-medisinerings etter fødsel.
- Plan for svangerskapsomsorgen revideres.

37. Ved **tiende kontroll i svangerskapsuke 38** (rutineundersøkelse)

38. Ved **ellefte kontroll i svangerskapsuke 40** (rutineundersøkelse)

39. Ved **tolvte kontroll i svangerskapsuke 41**

- henvises det til overtidsvurdering. **C**

SVANGERSKAPSKONTROLLER I SPESIALISTHELSETJENESTEN:

40. Ultralydvurdering av gravide i LAR bør utføres av spesialist i gynekologi og obstetrikk eller jordmor med ultralydutdanning **C**

41. Det bør foretas fire ultralydkontroller: **C**

- Ved 12 uker
- Ved 18 uker
- Ved 24 uker
- Ved 32 uker

42. Ved **andre kontroll - ultralyd i svangerskapsuke 12** bør **C**

- svangerskapet og dets lengde stadfestes
- videre kontroller planlegges i samråd med kommunehelsetjenesten og lege med LAR-kompetanse i TSB

43. Ved **fjerde kontroll - ultralyd i svangerskapsuke 18** bør **C**
- gestasjonsalder vurderes, flerlinger, morkakens beliggenhet, og strukturelle anomalier identifiseres
 - fosterets vekst vurderes
44. Ved **sjette kontroll - ultralyd i svangerskapsuke 24** bør **C**
- veksten vurderes
45. Ved **åttende kontroll – ultralyd i svangerskapsuke 32** bør **C**
- veksten vurderes
 - ev. videre kontroll før fødsel vurderes
46. Når graviditeten oppdages, bør den videre oppfølgingen av LAR samordnes med lege og konsulent i TSB **D**
47. Når fødselen nærmer seg, bør det lages planer for fødselsoppholdet mht. medisiner og utlevering av LAR-medikament og ev. urinprøvekontroll **D**
48. Metadon eller buprenorfin bør opprettholdes under graviditet. Metadon og buprenorfin ansees for å være likeverdige preparater. Pasienten bør beholde medikamentet hun står på ved starten av graviditeten. Metadon/ buprenorfindoseringen holdes på et slikt nivå at kvinnen ikke plages av betydelige abstinenser. Buprenorfin bør gis i form av et preparat uten nalokson (Subutex®). **B/C**
49. Medikamentdosen bør deles hvis kvinnen får symptomer på abstinens, for eksempel slik at ca. 2/3 av doseringen gis om morgenen og 1/3 om kvelden. Deling av dosering bør foretas uavhengig av endringer i medikamentdoseringen. Hvis kvinnen til tross for deling av medikamentdosering får symptomer på økende abstinens, bør doseringen økes dersom kvinnen ønsker det. **C**
50. TSB-lege med LAR-kompetanse bør delta i utvidet ansvarsgruppe tidligst mulig i svangerskapet, for å gi informasjon og råd om LAR-medikament. Hvis annen lege har ansvaret for LAR-medikamentet, bør TSB-lege konsulteres og ansvarsfordeling avtales. Kvinnen bør til konsultasjon hos TSB-lege minimum 1-3 ganger i løpet av svangerskapet **D**
51. Metadon eller buprenorfin kan trappes noe, eventuelt helt, ned under graviditet forutsatt at nedtrappingen skjer under betryggende forhold (se under). Nedtrappingen bør foretas mellom 14. og 32. svangerskapsuke. **D**
52. Kvinner som ønsker nedtrapping, bør få informasjon om kunnskapsgrunnlaget vedrørende sikkerhet ved nedtrapping. **D**
53. En medisinsk forsvarlig nedtrapping forutsetter at **D**
- kvinnen selv ønsker nedtrapping
 - kvinnen er rusfri
 - andre vanedannende medikamenter trappes ned først
 - kvinnen ikke får plagsomme abstinenssymptomer

- *kvinnen følges opp tett poliklinisk eller på institusjon (se under)*
- *kvinnen kan trappes opp dersom hun selv ønsker det, under eller etter svangerskapet*
- *andre medikamenter med uønsket effekt på fosteret vurderes individuelt opp mot betydningen av medisinerings av kvinnen*

54. Nedtrapping av metadon bør ikke overstige **C**

- *2,5-15 mg/uke for inneliggende pasienter*
- *2,5-10 mg/uke for polikliniske pasienter*

55. Nedtrapping av buprenorfin bør ikke overstige

- *1-2 mg/uke for inneliggende pasienter*
- *0,4-1,6 mg/uke for polikliniske pasienter*

56. Nedtrappingen bør avsluttes og medikamentdoseringen stabiliseres (ev. opptrappes) hvis kvinnen ønsker det eller får plagsomme abstinenssymptomer, eller fosterundersøkelser viser at ytterligere nedtrapping ikke er forsvarlig. **D**

57. Poliklinisk nedtrapping krever tett oppfølging og rask tilgang på ansvarlig lege når kvinnen trenger det eller fosterets situasjon tilsier det. **D**

58. Det bør utarbeides individuelt tilpassede henterutiner for gravide med plagsom kvalme/oppkast. **D**

59. Urinprøvehypighet bør vurderes ut fra hvor langt kvinnen har kommet i sin rehabilitering. Urinprøver bør tas regelmessig under graviditet, minimum månedlig. **C/D**

60. Hvis urinprøvesvarene viser positive funn, bør særlige tiltak iverksettes (kap 6.5.8). **D**

61. Serumkonsentrasjoner av metadon bør tas månedlig under graviditeten. **D**

62. Benzodiazepiner og andre vanedannende legemidler bør nedtrappes på en medisinsk forsvarlig måte så snart som mulig og før en eventuell nedtrapping av LAR-medikamentet starter. Sammen med en forsvarlig nedtrapping anbefales støttetiltak som samtaler og god tilgjengelighet fra behandlende lege. **C**

63. For andre medikamenter som kvinnen benytter, bør nytten ved videre bruk vurderes opp mot sannsynlige/mulige skadevirkninger på fosteret. **B**

64. Kvinnen bør informeres nøye om betydningen av et alkoholfritt svangerskap, og at bruk av andre rusmidler i svangerskap ikke tolereres. **C**

65. Den gravides bruk av alkohol og andre rusmidler inklusiv mengde/hypighet bør kartlegges regelmessig gjennom svangerskapet. TWEAK-instrumentet bør brukes til kartlegging av alkoholbruk hos den gravide. **D**

66. Ved bruk av alkohol eller andre rusmidler i svangerskapet bør relevante tiltak settes i gang i samarbeid med kvinnen og TSB. **D**

67. Kvinnens bruk av sigaretter bør kartlegges regelmessig gjennom svangerskapet. Informasjon om skadevirkninger av tobakk og fordeler med røykeslutt bør gis. **B**
68. Kvinnen bør oppfordres til røykeslutt/røykereduksjon. Hun bør tilbys røykeavvenning tidlig i graviditeten. Det bør informeres om relevante røykesluttilbud (røykesluttkurs, røyketelefonen og slutta.no). **C**
69. Nikotinlegemidler kan brukes av gravide etter legevurdering. **D**
70. Kvinnen/paret bør tilbys nødvendig oppfølging i form av samtaler der deres eventuelle bekymringer og usikkerhet møtes. **D**
71. Kvinnen/paret bør få hjelp til å kartlegge den økonomiske situasjonen. De bør informeres om ulike stønadsordninger og få nødvendig hjelp til økt økonomisk trygghet. **D**
72. Det bør sendes henvisning til spesialisthelsetjenesten ved behov. **D**
73. Gravide i LAR skal prioriteres til poliklinisk oppfølging ved distriktpspsykiatriske sentre eller TSB. **D**
74. Institusjonsplass i svangerskapet bør drøftes med gravide i LAR ved behov. **D**
75. Gravide i LAR og ev. partner som har behov for institusjonsopphold, bør prioriteres til inntak, hvis situasjonen tilsier det. **D**
76. Nødvendig informasjon om svangerskapskontroll og LAR-medikament bør gis til institusjonen hvor kvinnen/paret innlegges, og samarbeid og ansvarsdeling avtales. **D**
77. Det bør sendes henvisning til institusjon som kan ta imot familien etter barselopphold der dette er aktuelt. **D**
78. Mors tilknytning til det ufødte barnet bør vurderes av jordmor eller fastlege og hjelp bør ev. tilbys for å styrke tilknytningen. **C**
79. Ved behov for ytterligere forberedelse til foreldrerollen bør den gravide få tilbud om veiledning fra kommunepsykolog, ev. henvises til psykisk helsevern for barn og unge v/lokal BUP. Lokal BUP bør prioritere slike saker. **D**
80. Foreldrene bør tilbys individuelt tilpasset veiledning når det gjelder foreldrerollen og barns utvikling og behov. **C**
81. Den gravide, ev. med partner, bør henvises til institusjonsopphold i TSB eller senter for foreldre og barn når det foreligger mer omfattende vansker. **D**
82. Det bør etterstrebes dialog om mulige løsninger, herunder frivillige tiltak, eventuelt § 10-4 i helse- og omsorgstjenesteloven.

83. Hvis kvinnen ikke klarer å avslutte bruk av rusmidler ved hjelp av frivillige tiltak eller slike tiltak vurderes som utilstrekkelige, skal det vurderes om melding til sosialtjenesten skal sendes, med tanke på bruk av helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3.
84. Kvinnen/paret bør tilbys fødselsforberedende kurs, ev. i form av individuelt tilpasset undervisning. **D**
85. Det bør i god tid før termin (uke 28-32) arrangeres et fødselsforberedende møte med deltakelse fra føde- og barneavdeling, samt TSB og koordinator for kvinnens ansvarsgruppe, hvor fødsel og barselopphold planlegges. **D**
86. Under møtet på sykehuset i svangerskapet, avtales det hvem som skal ha ansvar for mors, og eventuelt fars, LAR-behandling mens barnet er innlagt på barneavdelingen. **D**
87. Kvinnen/paret bør gis mulighet til å besøke føde-, barsel- og nyfødtafdeling i god tid før fødselen. **D**
88. Kvinnen/paret bør få utpekt en person fra sykehuset med en koordinerende funksjon som ivaretar kontinuitet i kontakten med sykehuset under sykehusoppholdet, samt før og etter fødsel. Koordinator for kvinnens/barnets kontakt med sykehuset bør primært tillegges det tverrfaglige teamet (se 8.4.2), ev. barneavdelingen, som vil ha langvarig kontakt med barnet/familien. **D**
89. Kvinnen/paret bør gis informasjon om symptomer som ligger til grunn for hvordan NAS skåres og bakgrunnen for å igangsette behandling av den nyfødte. Denne informasjonen gis i god tid før fødsel av ansatte på nyfødtafdeling. **D**
90. Kvinnen bør tilbys plass på en døgninstitusjon innenfor TSB for stabilisering og utredning. **C**
91. Bruken av samtlige rusmidler og vanedannende medikamenter i svangerskapet bør kartlegges (varighet, hyppighet og mengde). **D**
92. Etter innleggelse på institusjon: Hvis kvinnen er abstinent, bør hun medisineres med buprenorfin, ev. metadon, for å stabilisere situasjonen. **C**
- Igangsetting av buprenorfinbehandling: Første dosering: 2 mg (testdose), deretter kan ytterligere 4-8 mg gis etter 1-2 timer. Ved abstinens tillegg av 2 mg hver 6.time. 2.dag: 1. dags totale dosering + ev. noe økning ved abstinens
 - Igangsetting av metadonbehandling: Første dosering 10-30 mg. Ved abstinens tillegg av 5-10 mg hver 6 time. 2. dag: 1. dags totale dosering + ev. noe økning ved abstinens
93. Buprenorfin- eller metadondoseringen bør stabiliseres på et nivå hvor kvinnen ikke er abstinent. **D**
94. Annen nødvendig abstinensbehandling og eventuell nedtrapping av benzodiazepiner bør igangsettes. **D**

95. Totalsituasjonen bør kartlegges, og følgende alternativer for medisinerer bør presenteres for kvinnen: **D**

- Nedtrapping av buprenorfin eller metadon etter 6.5.3 (se vurdering)
- Søknad om inklusjon i LAR

96. Gravide opioidavhengige bør få en snarest mulig utredning og vurdering når det gjelder spørsmålet om inklusjon i LAR. **C**

KAP. 7 FØDSEL OG NYFØDTPERIODE

97. Kvinner i LAR bør føde på sykehus med nyfødtavdeling. **C**

98. De regionale helseforetakene (RHF-ene) bør utpeke et fåtall sykehus i egen region som kan ta imot fødende kvinner i LAR og andre kvinner hvor man kan forvente abstinenser hos den nyfødte. **D**

99. Det bør etableres et nært samarbeid mellom føde-/barselavdeling, barne-/nyfødtavdeling og TSB ved det enkelte sykehuset for å sikre helhetlig oppfølging og behandling av kvinnen og barnet. **C**

100. Kvinnen bør rådes til å ta tidlig kontakt med fødeavdelingen, slik at sykehuset kan gi råd om oppmøtetidspunkt. **D**

101. Jordmor bør kartlegge hvordan LAR-medisineringen har blitt inntatt de siste dagene og når siste dosering ble tatt. **D**

102. Venøs tilgang bør sikres tidlig under forløpet. **D**

103. Kvinnen bør gis sin faste LAR-medisinerer under fødselsforløpet. **C**

104. Kvinner i LAR gis smertelindring som andre fødende. **C**

105. Helsepersonell med opplæring og erfaring når det gjelder NAS bør brukes til observasjon og behandling av NAS hos nyfødte. **C**

106. Det bør utvikles nasjonale standarder for observasjon og behandling av NAS basert på det modifiserte Finnegan-skjemaet. **D**

107. Den nyfødte bør være innlagt på nyfødtavdeling sammen med mor i minimum 7 dager etter fødselen. **C**

108. Alle barn som har vært eksponert for LAR-medikament eller andre opioider i svangerskapet, bør følges opp i nyfødtperioden etter disse anbefalingene. **D**

109. Det bør foretas rutinemessig urinprøve av den nyfødte i diagnostisk hensikt snarest etter fødselen. Prøven bør analyseres med hensyn til aktuelle medikamenter (inkludert metadon/buprenorfin) og rusmidler. **D**

110. Det modifiserte Finnegan-skjemaet og døgnklokke bør benyttes til skåringene av abstinenssymptomer hos den nyfødte. **D**

111. Den nyfødte bør skåres 3- 5 ganger pr døgn fra fødselen av. Hyppigheten kan reduseres etter noen dager med stabile verdier under 8. Skåringene bør foretas på grunnlag av observasjoner i perioden som har forløpt siden forrige skåring. **C**

112. Foreldre bør informeres/trekkes med ved skåringene. **D**

113. Den nyfødte bør skåres fram til utskrivning fra sykehuset. **D**

114. Medikamentell behandling av NAS bør startes ved **B**

- tre påfølgende skåringer lik eller høyere enn åtte (eller gjennomsnittet av tre påfølgende lik eller høyere enn åtte)
- to påfølgende skåringer lik eller høyere enn 12 (eller gjennomsnittet av to påfølgende lik eller høyere enn 12)
- en skåring lik eller høyere enn 17

115. Følgende preparater bør benyttes: **B**

- morfin-mikstur ved eksponering for opioider
- klorpromazin som tillegg ved utilstrekkelig effekt (i 24 t) av morfin-mikstur (ev. ved tilleggsbruk av medikamenter/rusmidler som er ikke-opioider: benzodiazepiner, amfetamin, nikotin)

116. Doseringen bør følge dette skjemaet: **C**

Skår	Morfinmikstur 0,5 mg/ml
8-10	0,32 mg/kg/døgn p.o. fordelt på 4-8 doser
11-13	0,48 mg/kg/døgn p.o. fordelt på 4-8 doser
14-16	0,64 mg/kg/døgn p.o. fordelt på 4-8 doser
17 eller mer	0,80 mg/kg/døgn p.o. fordelt på 4-8 doser

117. Nedtrapping av NAS-medisinerings bør **C**

- starte når NAS-skåringene er stabilt under åtte i to dager
- nedtrappes med maksimalt 10 % av startdoseringen daglig

118. Kvinnen/paret bør informeres om hvilke forventninger sykehusavdelingen har når det gjelder tilstedeværelse, stell og mating og ansvar for barnet. Kvinnen/paret må informeres hvis avdelingen systematisk observerer og registrerer hvordan foreldre samhandler med den nyfødte. **D**

119. Hvis sykehuset er bekymret for familien, skal familien informeres om hvilke tiltak som er igangsatt (for eksempel melding til barneverntjenesten). Eventuelle tiltak fra barneverntjenesten rett etter fødsel bør gjøres mest mulig skånsomt og om mulig informeres om på forhånd. **D**
120. Kvinnen/paret bør få tilbud om samtaler hvor barnets løpende tilstand blir drøftet, og gis mulighet til å komme med egne observasjoner. De bør tilbys rådgiving om hvordan de best kan gi omsorg og etablere god kontakt med barnet. **D**
121. Kvinner i LAR bør oppfordres til å amme og gis den hjelp og støtte de trenger for å få dette til. **C**
122. Kvinner som bruker metadon, bør anbefales å amme uavhengig av hvilken dosering de står på. **B**
123. Ved amming hos kvinner som bruker buprenorfin bør buprenorfin være 1.valg med kombinasjonslegemiddelet med buprenorfin/nalokson som 2.valg. **C**
124. Kvinner som medisineres med andre forskrevne medikamenter enn LAR-medikament, vurderes individuelt. **C**
125. HIV-positive kvinner frarådes å amme. **B**
126. Foreldrene veiledes i hvordan de best kan få til samspillet med den nyfødte. **D**
127. Foreldrene bør få konkret informasjon om og sikres videre oppfølging og veiledning fra aktuelle tjenester før hjemreise. **D**
128. For kvinner som har trappet ned, legges det, i samråd med kvinnen, en plan for hvordan en ev. opptrapping skal skje. Man bør tilstrebe en langsom opptrapping for å hindre at mor påvirkes av doseøkningen. **D**
129. For kvinner som har fått økt medikamentdosering i siste del av svangerskapet legges det, i samråd med kvinnen, en plan for hvordan en ev. nedtrapping skal skje. **D**
130. Serumkonsentrasjon av metadon kan være et hjelpemiddel for oppnå tilfredsstillende dosering av LAR-medikamentet. **C**
131. Foreldre i LAR som har omsorg for barn, bør ikke medisineres med benzodiazepiner, blant annet på grunn av interaksjonene mellom benzodiazepiner og LAR-medikamentet. **C**
132. Ansvarsforhold og oppstart planlegges i god tid før fødsel og bør skje i regi av TSB-lege med LAR-kompetanse. **D**
133. Buprenorfinopptrappingen kan skje poliklinisk, mens metadonopptrapping oftest krever innleggelse på institusjon. Opptrapping bør skje på en slik måte at kvinnen ikke blir påvirket, for å sikre at barnets behov blir tilstrekkelig ivaretatt. **C**

134. Kvinner som har trappet seg helt ned og er uten LAR-medisinerer ved fødsel, bør beholde oppfølging fra TSB (LAR-senter) så lenge slik oppfølging er nødvendig. **C**

135. Foreldrene bør presenteres for eventuell rusmistanke. **D**

136. Urinprøver tatt i kontrollformål, skal håndteres etter I-14/2002.

137. Ansvarlig fagperson i TSB bør koples inn ved behov. **D**

138. Kvinner/foreldre som har behov for det, gis oppfølging for psykiske reaksjoner knyttet til den nyfødtes abstinenser eller andre forhold. **D**

139. Kvinnen/foreldrene bør få oppfølging av TSB eller henvises videre ved behov. **D**

140. Barnet bør observeres og medisineres av helsepersonell under hele NAS-behandlingen. Barnet bør ikke utskrives fra sykehuset eller annen institusjon før den medikamentelle behandlingen av NAS er avsluttet. **D**

141. Hvis det er praktisk mulig, bør et ansvarsgruppemøte arrangeres før barnet skrives ut fra nyfødtavdelingen. Hvis dette ikke lar seg gjøre, bør ansvarsgruppemøte avtales snarest mulig og helsesøster orienteres om situasjonen til barnet. **D**

142. Ved overføring til institusjon som kan ivareta NAS oppfølgingen, bør nødvendig informasjon utveksles. **D**

143. Foreldrene bør ikke få ansvaret for NAS-medisineringen. **D**

144. Før barnet/familien utskrives, bør oppfølging og forpliktende samhandling være avtalt. Hvordan samarbeidet om familien og barnet skal organiseres (ansvar og roller) må avtales i hver sak, for å sikre målsettingen om helhetlige tjenester. **D**

- 1. polikliniske kontroll på barneavdelingen
- Tidlig hjemmebesøk fra helsestasjonen
- 1. besøk på helsestasjonen
- Neste ansvarsgruppemøte
- Eventuelt samarbeid med barneverntjenesten

145. Epikrise for oppholdet bør sendes til fastlege, helsestasjon og ev.heldøgnsinstitusjon etter samtykke. **D**

KAP. 8 SPED- OG SMÅBARNALDER

146. Det bør etableres en egen ansvarsgruppe for barnet før utskrivning fra sykehuset. Etableringen forutsetter foreldrenes samtykke. Ansvarsgruppen bør koordineres av helsestasjon eller annen instans i kommunen. Initiativet til opprettelsen av ansvarsgruppen bør tas fra sykehusets koordinator, alternativt koordinator av mors ansvarsgruppe. Hvis barnevernet er inne med tiltak, kan de være aktuelle som koordinator av barnets ansvarsgruppe. **D**

147. De første møtene i ansvarsgruppen bør ha fokus på kompetanseoverføring, kartlegging av barnets og familiens behov (se 8.2.2) og planlegging av videre oppfølging. **D**

148. En ev.ansvarsgruppe bør ha følgende deltakere: **D**

- mor/foreldrene/omsorgsperson
- koordinator av mors ansvarsgruppe/fastlege
- helsesøster, ev. lege ved helsestasjon
- koordinator fra sykehuset (de første møtene)
- barneverntjenesten hvis den er inne med tiltak

149. Det bør lages en Individuell Plan (IP) for barnet. Dette fordrer samtykke fra foreldrene. Foreldrene har innflytelse over innholdet i barnets IP. **D**

150. Igangsatte tiltak for barnet/familien evalueres løpende, minimum hver tredje måned. **D**

151. Alle hjelpeinstanser som er involvert bør ha kunnskap om sentrale faktorer hos barnet, familien og oppvekstmiljøet som bidrar til en god utvikling og hvilke faktorer som kan være en risiko for skjevutvikling. **D**

152. En grundig kartlegging må foretas for å kunne bestemme type og omfang av oppfølgingen: **D**

- a. Forhold knyttet til barnet
 - Abstinensproblematikk
 - Reguleringsvansker
 - Andre forhold (for tidlig født, vekst og ernæring, eventuelle misdannelser eller sykdommer)
 - Barnets psykomotoriske utvikling
 - Affektregulering
- b. Forhold knyttet til foreldrene/omsorgspersonene
 - Foreldrenes ressurser
 - Fysisk og psykisk helse samt funksjonsnivå
 - Sosial situasjon
 - Eventuelle problemer i parforholdet
 - Risikofaktorer fra foreldrenes egen oppvekst
 - Forståelse av barnets situasjon og behov
 - Evne til å ivareta barnets behov
 - LAR-medisinerings
 - Forskrivning av andre vanedannende medikamenter
 - Bruk av rusmidler
- c. Forhold knyttet til samspill og tilknytning
 - Foreldres sensitivitet for barnet
 - Foreldres innstilling til barnet
 - Foreldres involvering i barnet

- Foreldres evne til strukturering
 - Barnets involvering av foreldrene
 - Barnets reaksjon på foreldrene
- d. Rammene rundt familien
- Privat nettverk og kvaliteten på dette
 - Boligsituasjon og økonomi
- e. Samarbeid med hjelpeapparatet, profesjonelt nettverk
- Hvilke instanser og personer foreldrene har kontakt med
 - Barnehage, skole, helsestasjon
 - Hvordan fungerer relasjonene til hjelpeapparatet?
 - Innleggelse på institusjon
- f. Samarbeid mellom foreldre/omsorgspersoner og hjelpeapparatet.
3. Iverksatte tiltak bør jevnlig evalueres sammen med omsorgspersonene for å sikre at barnet til enhver tid har gode oppvekstbetingelser. **D**
4. Ansvar for å koordinere kartleggingen av barnet legges til barnets ansvarsgruppe. Hvis barnet ikke har egen ansvarsgruppe, har helsestasjonen, sammen med sykehusets koordinator, ansvaret for å koordinere kartleggingen. **D**

153. Iverksatte tiltak bør jevnlig evalueres sammen med omsorgspersonene for å sikre at barnet til enhver tid har gode oppvekstbetingelser. **D**

154. Ansvar for å koordinere kartleggingen av barnet legges til barnets ansvarsgruppe. Hvis barnet ikke har egen ansvarsgruppe, har helsestasjonen, sammen med sykehusets koordinator, ansvaret for å koordinere kartleggingen. **D**

155. Helsesøster bør gi tilbud om opplæring og styrking av foreldreferdigheter. Ved behov for mer omfattende behandling henvises familien til psykisk helsevern for barn og unge. Tilknytningsfremmende tiltak bør vektlegges. **D**

156. Videoveiledning tilbys foreldre som strever med å forstå barnets signaler og atferd. **D**

157. Barnehage bør tilbys. **D**

158. Avlastning/besøkshjem bør tilbys familier som ønsker det. **D**

OPPFØLGING I KOMMUNEN

159. Det anbefales hjemmebesøk i løpet av 1. og 2. uke etter hjemkomst, deretter kontakt med helsestasjonen hver måned de første 8 månedene og så hver annen måned frem til 12 måneders alder. Etter ettårsalder følges ordinært oppmøteprogram. **D**

160. Dersom barnet viser en vekst eller utvikling som avviker fra det som er forventet, eller det er alvorlige bekymringer knyttet til foreldrefungering, bør ytterligere tiltak i kommunen eller spesialisthelsetjenesten iverksettes. **D**

161. Ved oppfølging i primærhelsetjenesten bør det legges vekt på følgende: **D**

- **Første leveår:** Vekst, ernæring, psykomotorisk og sansemessig utvikling, familiens mestring og behov, tilknytning og samspill. Språkutvikling og kommunikasjon. Affektregulering. Spisevansker og reguleringsvansker når det gjelder søvn og kontakt.
- **Andre leveår:** Kontakt, tilknytning og samspill, felles oppmerksomhet, symbolsk lek, psykomotorisk utvikling. Språkutvikling, syn og kommunikasjon. Affektregulering.
- **Tredje-fjerde leveår:** Språk, syn, atferd, konsentrasjon, tidlige tegn på hyperaktivitet, samspill, relasjon til jevnaldrende, sosial funksjon. Affektregulering.
- **Femte-sjette leveår:** Språk, kognitiv utvikling, atferd, konsentrasjon, motorikk, sosial funksjon. Affektregulering.

162. Der hvor forsterket helsestasjon (eller tilsvarende) er etablert, bør det sammen med foreldrene vurderes om denne skal ha deler av eller hele oppfølgingen. **D**

163. Det må være lav terskel for henvisning til andre instanser i førstelinjetjenesten, for eksempel barnevern, PPT (pedagogisk psykologisk tjeneste) eller tilsvarende, fysioterapeut, og til spesialisthelsetjenesten som for eksempel barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP). **D**

164. Ved behov for veiledning bør det innhentes konsulentbistand fra "spesialteamet"/ spesialisthelsetjenesten (se 8.4.2)

165. Fastlegen bør være medlem av ansvarsgruppen for barnet. **D**

166. Eventuelle henvisninger til andre instanser gjøres primært av fastlegen. Hvis andre instanser henviser, skal fastlegen orienteres ved kopi. **D**

167. For å sikre god utvikling bør foreldre motiveres til å la barnet gå i barnehage. **D**

168. Barnehageplass kan etableres som et hjelpetiltak fra barneverntjenesten. **D**

169. Barn i risiko og spesielt de aller yngste bør forholde seg til få voksenpersoner i barnehagen. **D**

170. Barnehagetilbudet bør styrkes med spesialpedagogisk personale hvis barnet har særlige behov. **D**

171. Den barnehageansatte som kjenner barnet best, bør delta i barnets ansvarsgruppe. **D**

172. Foreldre som vurderes å ha behov for hjelp fra barneverntjenesten, sikres informasjon om hvilke hjelpetiltak og tvangstiltak tjenesten råder over, og gis nødvendig bistand til å etablere kontakt. **D**

173. Barneverntjenester som har begrenset erfaring med familier i LAR, tilrådes å søke ekstern veiledning fra Bufetat eller tverrfaglig team i spesialisthelsetjenesten. **D**

174. Helsetjenesten bør motivere foreldrene til samarbeid med barneverntjenesten hvis familien har behov for tiltak fra barnevernet. Dette kan skje ved at man oppmuntrer foreldrene til å ta kontakt eller inviterer barneverntjenesten til felles samtale. **D**

175. Barnevernet bør delta i barnets ansvarsgruppe hvis foreldrene samtykker og har behov for barneverntjenester, eller barneverntjenesten allerede er involvert i saken. **D**

176. Oppfølgingen bør være avtalt, individuelt tilpasset barnet og familien, sikre kontinuitet, samt lagt til rette for brukermedvirkning. **D**

177. Familien bør sikres en fast saksbehandler, som kan følge dem over tid. **D**

178. Barneverntjenesten skal bidra til at barnet lever i en forsvarlig omsorgssituasjon. Behovet for barneverntjenestens tilstedeværelse bør vurderes kontinuerlig. Barneverntjenesten kan være inne i saken i kortere eller lengre perioder. **D**

OPPFØLGING I SPESIALISTHELSETJENESTEN

179. Det bør opprettes et nasjonalt kompetansesenter knyttet til Oslo Universitetssykehus. Senteret bør ha følgende funksjoner: **C**

- Poliklinisk oppfølging av gravide i LAR og kvinner som har benyttet andre vanedannende medikamenter eller rusmidler i svangerskapet.
- Poliklinisk oppfølging av barn født av mødre i LAR og barn født av mødre som har benyttet andre vanedannende medikamenter eller rusmidler i svangerskapet.
- Bredt samarbeid med aktuelle kommunale tiltak og andre deler av spesialisthelsetjenesten
- Liasonvirksomhet overfor andre deler av spesialisthelsetjenesten
- Oppsøkende virksomhet
- Veiledningsfunksjon lokalt, regionalt og nasjonalt
- Nasjonal nettverksfunksjon
 - for tverrfaglige team beskrevet under 8.4.2.
 - for tiltak overfor gravide og familier med rusmiddelproblematikk (kap 10.2)
- Koordinere tiltak med R-BUP, BUF-etat/fagteam og andre aktuelle instanser
- Forskning og fagutvikling, lokalt og nasjonalt

180. Det bør etableres tverrfaglige team for barn født av kvinner i LAR og barn født av kvinner som har benyttet andre vanedannende medikamenter eller rusmidler i svangerskapet. I første rekke etableres slike team ved sykehus utpekt av RHF-ene (7.1.1). **D**

181. Teamet koordineres fra barneavdeling eller annen egnet avdeling ved sykehuset og bør sammensettes av **D**

- ansatt fra barneavdeling med ansvar for koordinering av teamet
- barnelege (fra barnenevrologi, sosialpediatri eller barnehabilitering)

- barnepsykolog med kompetanse på spedbarn og små barns utvikling (tilknyttet BUP, BUPA, barneavdeling eller barnehabilitering)
- fagperson fra TSB
- eventuelt andre yrkesgrupper (barnefysioterapeut eller andre)

182. Teamets funksjon bør være å **D**

- ha ansvar for å etablere kontakt med foreldre i svangerskapet og familien under oppholdet på nyfødtafdeling
- bidra til kontakt og samarbeid mellom føde- og barneavdeling og det lokale hjelpeapparat
- ha oppfølgingsansvar for barnet i spesialisthelsetjenesten
- være rådgivende instans for det lokale hjelpeapparat ved behov for vurderinger
- opparbeide og systematisere kunnskap om barnas utvikling og tiltak

183. Barnet med foreldre bør innkalles rutinemessig til undersøkelse ved 6 og 12 måneders alder og deretter årlig frem til skolealder. **D**

184. Videre oppfølging og tiltak utover dette vurderes ut fra konkrete behov. **D**

185. Ved oppfølging i spesialisthelsetjenesten bør det legges spesiell vekt på følgende: **D**

- **Første leveår:** Vurdering av familiens mestring og behov, reguleringsvansker når det gjelder amming / annen ernæring, søvn og atferdstilstander, samspill, vekst og fysisk, nevrologisk, psykomotorisk og sansemessig utvikling.
- **Andre leveår:** Vurdering av familiens mestring og behov, barnets tilknytning til foreldrene og samspill, ferdigheter i forbindelse med felles oppmerksomhet, vekst og fysisk, nevrologisk, psykisk, motorisk og sansemessig utvikling. Vektlegging av barnets evne til kontakt og kommunikasjon. Vurdering av øyelege.
- **Tredje-fjerde leveår:** Vurdering av familiens mestring og behov, barnets tilknytning til familien, samspill, vekst og fysisk, nevrologisk, motorisk, kognitiv utvikling, atferd, psykisk helse og sosial fungering. Vektlegging av språk.
- **Femte-sjette leveår:** Vurdering av familiens mestring og behov, barnets tilknytning til familien, barnets vekst, fysisk og psykisk helse, atferd, motorisk og kognitiv utvikling. Vektlegging av evne til konsentrasjon og sosial fungering og om barnet er modent for skolestart. Vurdere om barnet vil ha behov for spesiell tilrettelegging i skolen.

186. Henteordninger for LAR-medikament, urinprøveavtaler, samtaler etc. bør tilrettelegges slik at familien får nødvendig ro i hverdagen. **D**

187. Det bør rettes oppmerksomhet mot situasjoner med risiko for inntak av rusmidler. **D**

188. Ved inntak av rusmidler bør tilpassede tiltak igangsettes. **D**

189. Informasjon om bruk av rusmidler gis videre til barneverntjenesten når bruk av rusmidler fører til at foreldrefunksjonen svekkes og meldeplikten etter helsepersonelloven § 33 inntreffer.

190. Det bør henvises til BUP når følgende problemer krever mer oppfølging enn det lokale hjelpeapparatet kan yte: **D**

- Tilknytningsproblemer
- Atferdsproblemer
- Symptomer og atferd hos barnet; behov for hjelp til foreldrene med å håndtere barnet
- Behov for veiledning av foreldre
- Behov for diagnostisering av spesifikke tilstander

191. BUP bør bidra med psykolog med spesialkompetanse på sped- og småbarns utvikling inn i det tverrfaglige teamet (se 8.4.2).

192. Hvis institusjonsopphold er nødvendig, bør overføring skje direkte fra sykehus. **D**

193. Barn som innlegges sammen med foreldre på TSB institusjon bør få pasientstatus. **D**

194. Hensikten med oppholdet bør kommuniseres tydelig og gjensidige forventninger avklares. **D**

195. Ansvarsgruppen bør møtes under oppholdet for å sikre oppfølging etter utskrivning. **D**

196. Det bør tilstrebes en åpen og gjensidig informasjonsutveksling mellom sykehus, institusjon, ansvarsgruppe og foreldre. **D**

197. Før barnet/familien utskrives, bør oppfølging og forpliktende samhandling være avtalt. Hvordan samarbeidet om familien og barnet skal organiseres (ansvar og roller) må avtales i hver sak, for å sikre målsettingen om helhetlige tjenester. **D**

198. Epikrise for oppholdet bør sendes til fastlege og helsestasjon etter samtykke. **D**

KAP 9. ANDRE TEMA

199. Det bør gjøres en vurdering av nåværende boligsituasjon. **C**

200. Familiene bør få hjelp til å bytte til mer egnet bolig der vurderingen tilsier det. **C**

201. Det bør informeres om mulighet for støtte gjennom husbanken, bostøtte og kommunalt startlån og tilbys konkret hjelp til å søke slike ordninger. **C**

202. Familier i LAR bør få hjelp til å gå gjennom sin økonomiske situasjon. **C**

203. Familiene bør sikres en økonomi som gjør dem i stand til å delta i samfunnet, og slik at barna sikres deltakelse i aktiviteter, lek og organiserte fritidstilbud på linje med andre barn. **C**

204. Familiens behov og mulighet for deltakelse i arbeidsliv/utdanning bør vurderes. **C**

205. NAV bør ha en sentral rolle i arbeidet for å tilrettelegge for utdanning/arbeid/dagtilsaktivitet for denne pasientgruppen. **D**

206. Familiene bør få hjelp til å arbeide med sosial inkludering knyttet til konkrete situasjoner i hverdagslivet. **D**

207. Familier som har behov for det, bør kunne henvises til terapeut med nettverkskompetanse. **D**

208. Oppfølging av barn eksponert for LAR-medikament i svangerskapet bør begrenses til den skisserte planen hvis barnets utvikling og foreldrefunksjonen er tilfredsstillende. **D**

209. Foreldrenes rehabilitering bør planlegges slik at familien i størst mulig grad får ro til å ta seg av den nyfødte og andre barn familien har. **D**

210. Foreldre som mestrer omsorgen for barnet på en tilfredsstillende måte, bør få den hjelpen de ber om. Oppfølgingen bør ikke innebære unødig involvering i familiens liv. **D**

211. Man bør sikre at oppfølgingen ikke belaster foreldrene og barna unødig, ved at oppfølgingen av familier hvor mange har hjelpebehov, legges opp på en hensiktsmessig måte. **D**

212. Det bør være avtalt på forhånd hva mor/far skal gjøre og hvor de skal henvende seg hvis de får tanker om rus eller har hatt inntak av rusmidler. **D**

213. Det kan være nødvendig med hyppigere urinprøvetaking en periode. **D**

214. Rusepisoder bør kartlegges og nødvendige tiltak settes inn. Ved vedvarende misbruk, eller hvis situasjonen har medført at barnet har vært/er forsømt, skal barneverntjenesten kontaktes.

215. Forskrivende lege bør kartlegge hvordan pasienter med omsorg for eller annen kontakt med barn oppbevarer LAR-medikamentet og informere om sikker oppbevaring. **B**

216. Metadonflasker bør utstyres med barnesikring. **B**

217. Metadon og buprenorfin bør oppbevares nedlåst. Et låsbart skrin bør utleveres til alle familiene, senest i forbindelse med fødselen. **C**

10.2 Norske spesialtiltak for gravide og familier

• Brukerkompetanse

- o Ida Kristine Olsen, ProLAR, ida@prolar.no, mob: 94888929
- o Ida er ansvarlig for prosjektet SMIL= sammen midt i livet, et prosjekt for mødre i LAR med barn fra 0-2 år, som kan gi kvinnen en god plattform som nybakt mamma gjennom samvær med andre i samme situasjon. Tilbudet er nasjonalt og er basert på kostnadsfrie samlinger med undervisning og sosialt samvær. Hvis du er interessert, ta kontakt med Ida.
- o Ida kan formidle kontakt med andre kvinner i samme situasjon, og bistå fagfeltet med brukerkompetanse

- **Ahus-teamet, Akershus universitetssykehus HF**

- o Teamet gir råd og veiledning til gravide og fagpersoner i hjelpeapparatet. Tilbyr oppfølging gjennom svangerskap, fødsel- og barseltid i samarbeid med sykehusets avdeling for nyfødte og hjelpeapparatet i kommune/bydel.
- o Målgruppe: Gravide med rusproblematikk, LAR-gravide, samt gravide med psykiske vansker
- o Anonyme henvendelser mottas også
- o Teamet består av fagkonsulent (sosiolog), medisinsk ansvarlig lege og jordmor og har i tillegg tett samarbeid med barnelege og sykepleier på nyfødtavdelingen
- o Kontaktpersoner: Gry Forøy
- o Postadresse: Akershus Universitetssykehus, Ahus-teamet, 1478 Lørenskog
- o Besøksadresse: Avdeling rus og avhengighet (ARA), Seksjon Lillestrøm, C.J. Hansens vei 1 B, 2007 Kjeller
- o Besøksadresse lege og jordmor: Akershus Universitetssykehus, Sykehusveien, 1478 Lørenskog
- o Tlf 63 89 40 80 Mobil fagkonsulent: 95289796/jordmor: 99487801
- o Mail: gry.foroy@ahus.no

- **Ullevålsteamet, Oslo Universitetssykehus HF**

- o Gir tilbud til risikogravide med psykiske vansker, rusproblematikk, LAR-gravide, vanskelige psykososiale forhold, svært unge gravide med ulike belastninger og utviklingshemmede
- o Konsultasjon/rådgivning til gravide, bydeler, leger, helsestasjoner
- o Teamet består av jordmor og sosionom fra Kvinneklinikken, barnevernspedagog fra Aline barnevernsenter og en fra barneavdelingen
- o Ca 180 gravide/år
- o Kontaktperson: Liv Trønnes
 - Tlf: 22119823/00
 - Mail: liv.tronnes@uus.no

- **Forsterket helsestasjon, Sørlandet sykehus HF (85)**

- o Tilbud til gravide og småbarnsmødre med alvorlige rusproblemer som er bosatte i Kristiansand
- o Svangerskapskontroller og helsestasjonskontroller av barn opp til 4 år
- o Samarbeid med Sørlandet Sykehus HF
- o Konsultasjon/rådgivning til fastleger, helsestasjoner og barnevern i Agder
- o Teamet består av jordmor, helsesøster, lege og psykolog
- o Ca 25 gravide pr år.
- o Kontaktpersoner: Bergljot Haraldstad (jordmor), Anne-Louise Kittelsen (helsesøster).
- o Adresse: Gyldenløvesgt. 23, 4611 Kristiansand.
- o Tlf: 38 07 50 00

- **Solheimsviken helsestasjon – Rusfri start på livet – Bergen kommune**

- o Tilbyr veiledning og oppfølging av gravide og småbarnsforeldre (0-2 år) som har eller har hatt et rusproblem. Tjenesten er byomfattende.
- o Anonymitet mulig

- o Teamet består av jordmor, psykolog, helsesøster, lege og barnevernskonsulent
 - o Kontaktperson: Jofrid Sætrevik (koordinator)
 - o Besøksadresse: Solheimsgt.13, Inngang D, Bergen
 - o Postadresse: Pb 7715, 5020 Bergen
 - o Tlf: 55565160/mob: 94502998
 - o Solheimsviken.helsestasjon@bergen.kommune.no
- **Sommerveita forsterket helsestasjon (Rustiltaket på Midtbyen helsestasjon) – Trondheim kommune**
 - o Svangerskapskontroller i samarbeid med fastlege og oppfølging av familien 0-6 år, tjenesten er byomfattende
 - o Teamet samarbeider tett med andre instanser som helse- og velferdskontorene, barne- og familietjenesten, LAR, Lade behandlingssenter, Barnas Stasjon, St Olav - det drives arbeid med videreutvikling av teamet i regi av Modellkommuneforsøket
 - o Teamet består av, jordmor, helsesøster, helsestasjonslege, barnevernspedagoger
 - o Kontaktperson: Cathrine Schare
 - o Adresse: Sommerveita 4-6, 7004 Trondheim
 - o Tlf: 72546060/mob: 91672565
 - o Midtbyen-helsestasjon.postmottak@trondheim.kommune.no
- **Prosjekt forebyggende familieteam, Asker DPS, Vestre Viken HF**
 - o Indikert forebyggende arbeid/tidlig intervensjon rettet mot gravide og familier med barn 0-6 år i Asker og Bærum, der en eller begge foreldre har psykiske vansker eller rusrelatert problematikk.
 - o Oppfølgingen gis i samarbeid med føde/barselavdelingen ved Bærum sykehus, aktuelle seksjoner innen Klinikk for Psykisk helse og rus (voksne og barn) og kommunale tjenester
 - o Anonym henvendelse er mulig
 - o Samarbeider med RUG (rus under graviditet) i Asker og Bærum
 - o Teamet består av jordmor, psykiatrisk sykepleier, sosionom, psykolog
 - o Kontaktperson: Bente Lindboe
 - o Tlf: 67814348/mob: 95218870
 - o familieteam@vestreviken.no
- **Familieambulatoriet i Nord-Trøndelag, Sykehuset Namsos og Levanger**
 - o Det er et *forebyggings- og behandlingstilbud* til gravide og fedre som har et forbruk av alkohol, medisiner og andre rusmidler, eller psykiske vansker. Ved behov innebærer tilbudet oppfølging fra graviditet og til barnet er 6 år.
 - o Teamet ved Sykehuset Namsos består av jordmor, sykepleier og sosionom
 - o Teamet ved Sykehuset i Levanger består av pedagog og jordmødre
 - o Kontaktperson Namsos: Unni Kristiansen: Mob: 91246070
 - o Kontaktperson Levanger: Marianne Mathisen Mob 95293902
 - o Mail Namsos: unni.kristiansen@hnt.no
 - o Mail: Levanger: marianne.k.mathisen@hnt.no

- **TIGRIS-prosjektet**

- o Et tidlig intervensjonsprosjekt i regi av Kompetansesenter rus - region sør, Borgestadklinikken
- o Hovedmålsetting er å hindre bruk av rusmidler i graviditet og hindre belastende rusmiddelbruk i småbarnsfamilier
- o Et tverrfaglig/tverretatlig kommuneprojekt i region sør som forutsetter deltagelse fra svangerskapsomsorgen, helsesøstertjenesten, barneverntjenesten og sosiale tjenester i/utenfor NAV som har ansvar for det kommunale rusarbeidet
- o Prosjektet tar sikte på å heve kunnskapsnivå og handlingskompetanse hos aktuelt fagpersonell gjennom en kombinasjon av kurssamlinger, arbeid i tverretatlige ressursgrupper, implementering av handlingsveileder, regelmessig veiledning/oppfølging fra kompetansesenteret gjennom hele prosjektperioden
- o Det legges stor vekt på etablering og implementering av gode interne rutiner og rutiner for tverretatlig samarbeid i arbeidet med gravide og småbarnsforeldre med rusmiddelproblematikk
- o Prosjektet går over halvannet år, 17 kommuner har til nå deltatt i Tigris siden oppstarten i 2006, nye kommuner rekrutteres høst 2011
- o Prosjektleder: Titti Huseby mob 90 64 38 50 titti.huseby@borgestadklinikken.no
- o Ytterligere informasjon ligger på www.borgestadklinikken.no

- **Modellkommuneprojektet**

- o Igangsatt i 2007 i forbindelse med regjeringens satsing rettet mot barn av psykisk syke/og eller rusmisbrukende foreldre
- o Satsingsperiode 2007 – 2014, Barne- og likestillingsdepartementet (BLD) oppnevnte 26 kommuner som modellkommuner
- o Nasjonal koordinator i Bufdir: Frida Rudi, frida.rudi@bufdir.no, mob: 46615087
- o Hver Bufetats region har en koordinatorstilling med ansvar for å bistå modellkommunene i egen region med opplæring og implementering av relevante kartleggingsverktøy, samt utvikling av tiltak rettet mot målgruppen
 - Region vest: Eva Mikkaelsen, tlf: 46619825
 - Region midt: Siw L.Karlsen, siw.lisbeth.karlsen@bufetat.no, tlf: 46617417
 - Region øst: Ulrika Håkansson, tlf: 46616452
 - Region sør: Wibeke J.Hansteensen, tlf: 46618106
 - Region nord: Astrid Nygård, astrid.nygaard@bufetat.no, tlf: 46615546
- o Modellkommunene skal utvikle gode modeller for tidlig intervensjon og helhetlig systematisk oppfølging av barn og foreldre fra graviditet til skolealder. Modellene skal integreres i eksisterende tjenestestrukturer.
 - Region vest: Askøy, Bergen, Sandnes, Bømlo, Førde, Haugesund, Time, Fjell
 - Region midt: Namsos, Steinkjer, Leksvik, Trondheim, Grong
 - Region øst: Vestre Toten, Jevnaker, Skedsmo, Lørenskog, Aurskog-Høland
 - Region sør: Arendal, Mandal, Drammen, Vennesla
 - Region nord: Bodø, Tromsø, Nordreisa, Fauske

- **Opplæringsprogrammet**

- o I regi av Helsedirektoratet og Bufdir er det etablert 5 regionale opplæringsteam som skal tilby opplæringsprogram til kommuner i bruk av kartleggingsverktøy og opplæring i samtaleferdigheter

- o Formålet er å styrke kompetansen i kommunene for tidlig å oppdage barn som lider overlast med bakgrunn i foreldres psykiske vansker, bruk av rusmidler og/eller voldsproblematikk. Hensikten er å tidlig identifisere problemutvikling og intervensjoner på ulike nivåer
- o Opplæringsprogrammet rettes først og fremst mot primærhelsetjenesten og samarbeidende tjenester på temaområdene
 - Vold mot gravide
 - Alkohol og annet rusmiddelbruk hos gravide
 - Problematisk rusbruk i småbarnsfamilier
 - Psykiske vansker hos gravide og småbarnsforeldre
 - Opplæring i samtalekompetanse om sensitive tema, med fokus på endring og støtte
- o Kontaktpersoner: Bufdir: Fride Rudi, fride.rudi@bufdir.no. Helsedirektoratet: Solvor Bäcklund, sba@helsedir.no

Sykehus med spesiell kompetanse

• Barneavdelingen på Oslo universitetssykehus, Ullevål

- o Ved nyfødt intensiv tar man imot barn født av kvinner i LAR til observasjon for abstinens. Det innlegges ca 20 barn pr.år.
- o Kvinnene er henvist til Ullevålsteamet i svangerskapet og barneavdelingen har en representant i teamet
- o Kvinnene har vært på omvisning i avdelingen og fått informasjon om oppholdet før de føder
- o Barnet observeres for abstinenser ved hjelp av døgnklokke og Finnegans skåringsskjema. Barna blir behandlet for ev.abstinenser og foreldrene veiledes angående skjerming og spesielle tiltak som barnet trenger, samt generell veiledning i barnestell.
- o Ved utskrivelse samarbeider avdelingen med hjelpeapparatet rundt familien, slik at overgangen til hverdagen blir best mulig for barnet og familien
- o Adresse: Nyfødt intensiv avdeling, OUS-Ullevål, Postboks 4956 Nydalen, 0424 Oslo
- o Kontaktpersoner
 - Lisa Bjarkø, barnelege, tlf: 22118765, uxlba@ous-hf.no
 - Ann-Kristin Wilhelmsen, ledende sykepleier, tlf: 23015538/22119672, uxanh@ous-hf.no

• Barneavdelingen på Haukeland sykehus

• Barneavdelingen på Haugesund sjukehus, Helse Fonna HF

- o Ved nyfødt intensiv tar man imot barn født av kvinner i LAR til observasjon for abstinens. Det innlegges mellom 4 og 8 barn pr. år.
- o Kvinnene og barna følges i samarbeid med Haugaland A-senter og Solstrand Barnevernsenter. Kvinnene henvises til sykehusets oppfølgende team i svangerskapet. Her er representant fra sykehusets kvinneklinikk og nyfødt intensiv.
- o Kvinnene har vært på omvisning i avdelingen og fått informasjon om oppholdet før de føder
- o Barnet observeres for abstinenser ved hjelp av døgnklokke og modifisert Lipsitz skåringsskjema. Barna behandles for ev. abstinenser og det blir gitt fortløpende foreldreveiledning.

- o Ved utskrivelse blir det gjort avtaler med primærhelsetjenesten og ev. med Solstrand barnevernsenter, slik at overgangen til tiden etter sykehusoppholdet blir best mulig for barnet og familien.
- o Adresse: Nyfødt intensiv seksjon, Medisinsk klinikk, Haugesund Sjukehus Helse Fonna HF, postboks 2170, 5504 Haugesund
- o Kontaktpersoner:
 - Andreas Andreassen, seksjonsoverlege, tlf.: 52 73 23 70, andreas.andreassen@helse-fonna.no
 - Kjersti Bårdsen, sykepleier, tlf.: 52 73 23 70, kjersti.rikke.nygaard.baardsen@helse-fonna.no

- **St.Olavs hospital, Trondheim**
 - o Fødeavdelingen har et rusteam bestående av gynekolog, pediater og jordmor. Sosionom og pediatrik sykepleier konsulteres ved behov
 - o Det er tverrfaglig samarbeid mellom sykehuset og 1.linjetjenesten ved sosial/NAV- og barneverntjeneste, rus- og barnevernsinstitusjoner
 - o Fødeavdelingen tilbyr svangerskapsomsorg ved svangerskapspoliklinikken
 - o Teamet ved fødeavdelingen har spesialistansvar for pasienter innlagt på Lade Behandlingssenter, pasienter fra Midtbyen helsestasjon, LAR-pasienter, samt andre aktuelle pasienter
 - o Etter utskrivning fra nyfødt intensiv følges LAR-eksponerte barn opp av pediater ved Barne- og ungdomsklinikken
 - o Kontaktpersoner:
 - Fødeavdelingen, Kvinneklinikken: Jordmor Liv Hilde Lothe, tlf: 72 57 49 15
 - Nyfødt intensiv, Barne- og ungdomsklinikken, Overlege Håkon Bergseng, tlf: 72 57 33 18
 - Poliklinikk, Barne- og ungdomsklinikken: Overlege Ann-Mari Brubakk, tlf: 72 57 46 57/ 99 45 82 29, Mailadresse: Ann-Mari.Brubakk@ntnu.no

Spesiell kompetanse innen TSB

- **Seraf (Senter for rus- og avhengighetsforskning) ved Universitetet i Oslo**
 - o Pågående forskning på gravide i LAR og hvordan det går med barna og familiene
 - o Nasjonal kohort på 139 kvinner/161 barn født 1996 – 2009, hvorav 38 barn/mødre/fedre har vært fulgt prospektivt fra 2005
 - o Prosjektleder: Edle Ravndal, edle.ravndal@medisin.uio.no
 - o PhD-kandidater
 - Monica Sarfi, a.m.sarfi@medisin.uio.no
 - Ingunn Olea Lund, i.o.lund@medisin.uio.no
 - Gabrielle Welle-Strand, gwe@helsedir.no

- **Borgestadklinikken Blå Kors Sør, Skien**

- o Borgestad er en behandlingsinstitusjon for rus- og avhengighetsrelaterte lidelser som har et særskilt behandlingstilbud for gravide rusmiddelmissbrukere inkludert avgiftning. Omfatter frivillig innleggelse i familieenhet og innleggelse etter Helse- og omsorgstjenestelovens § 10-3 i skjermet enhet, samt langtidsinnleggelse for familier med små barn der foreldre har alvorlig rusproblematikk
- o Tverrfaglig team med lege, jordmor, psykolog, sosionom, sykepleiere og barnevernspedagoger
- o Målgruppen er gravide rusmiddelmissbrukere og foreldre med alvorlig rusproblematikk som har ansvar for barn under skolealder
- o Hovedmålsetting for graviditetstilbudene er å skjerme fosteret mot rus og forberede kvinnen på rollen som mor. Fokus på familiesamspill, rusproblematikk og barnets utvikling i familieenheten.
- o Kontakt: Seksjonsleder Ragnhild Myrholt
- o Besøksadresse: Borgestadklinikken, Håvundveien 181, 3711 Skien
- o Postadresse: Borgestadklinikken, Postboks 1 Sentrum, 3701 Skien
- o Tlf: 35904700
- o E-post: info@borgestadklinikken.no
- o Hjemmeside: www.borgestadklinikken.no

- **Lade Behandlingscenter Blå Kors**

- o Lade Behandlingscenter Blå Kors er en behandlingsinstitusjon for rusrelaterte vansker. Institusjonen har en regional funksjon for gravide med rusrelaterte vansker og har egen avdeling for gravide og småbarnsfamilier med 6 familieplasser.
- o Tverrfaglig team med faggruppene psykolog, sosionom, lege, sykepleier, barnevernspedagog, spesialpedagog
- o Målgruppen er gravide med behov for avgiftning /nedtrapping/ ekstra skjerming starter behandlingen i institusjonens skjermingspost. Målgruppe for familie plassene omfatter også foreldre med rusrelaterte vansker og barn i førskolealder. Det vektlegges å inkludere partner i hele prosessen der det er aktuelt.
- o Oppfølgingsavtale for familiene over flere år. Gravide kan innlegges med og uten eget samtykke (jf.Helse- og omsorgstjenestelovens § 10-3).
- o Hovedmålsettinger er å skjerme foster mot ruseksponering, bidra til å sette mor og partner i stand til å ivareta foreldrerollen, gi tilpasset samspillsveiledning foreldre/ barn, samt behandling for rusrelaterte vansker
- o Konsultasjon på anonym basis kan gis
- o Fast samarbeid med St.Olavs Hospital
- o 90 – 300 dagers innleggelse, individuell vurdering
- o Adresse: Lade Alle 86, 7041 Trondheim, tlf.73848500
- o Hjemmeside: www.ladebs.no
- o Kontaktperson: Avdelingsleder Einar Hajum (einar.hajum@ladebs.no)

- **Sykehuset Innlandet, Hov:**

- o Tverrfaglig sammensatt personale av sykepleiere, sosionomer, barnevernspedagoger, hjelpepleiere, jordmor, psykolog, lege, aktivitør med mer. Psykiater og gynekolog knyttet til enheten.
- o Skjermet enhet for gravide:
 - Har 10 behandlingsplasser for gravide rusmiddelavhengige.
 - Tar imot pasienter etter lov om psykisk helsevern § 2.1, og etter Helse- og omsorgstjenestelovens § 10-3.
 - Tilbyr rusbehandling, svangerskapsoppfølging, psykiatrisk behandling. Gjennom miljøterapi, rusmestring, tilknytning til det ufødte barnet og morsrollen, samt planlegging av tiden etter fødsel i samarbeid med hjemkommune og andre aktuelle.
 - Kontaktperson: Lill Katrin Hansen (enhetsleder),
LillKatrin.Hansen@sykehuset-innlandet.no
- o Familieenheten
- o Adresse: Sentrumsvegen 17, 2860 Hov
- o Telefon: 61 12 92 00
- o Kontaktperson: Lill Katrin Hansen (enhetsleder)

- **Origosenteret, Svinndal**

- o Har to behandlingsavdelinger med en behandlingstid på inntil 12 måneder
- o Tilbyr en bred kartlegging som gir grunnlag for plan for behandlingen for hver enkelt pasient. Behandlingstiltakene omfatter bl.a foreldrerolle og foreldre/barn-samspill og foreldreveiledning. Både barn og foreldre kartlegges og barna har samme rettigheter som de voksne. Har egen barnehage. Tett samarbeid med pasientens øvrige hjelpe- og behandlingsinstanser før, under og etter oppholdet.
- o Institusjonen har vernepleiere, sosionomer, barnevernspedagoger, førskolelærere, sykepleiere, psykologer, lege, barne- og ungdomspsykiater og familierapeuter
- o Målgruppen inkluderer enslige, par, gravide og familier med barn i alderen 0-4 år
- o Kontaktpersoner:
 - Fagsjef familieavdelingen: Bente Fjeld Ludvigsen
 - Inntaksleder: Linda Pettersen Myhre
- o Adresse: Tyritoppen 19, 1593 Svinndal
- o Telefon: 69286500
- o E-post: origosenteret@bymisjonen.no
- o Hjemmeside: www.bymisjon.no/Virksomheter/Origosenteret/

Spesialkompetanse på barn/familier

- **Aline og Frydenberg barnevernsenter**

- o Aline familieavdelings hovedoppgave er akuttmottak, utredning og endringsarbeid av sped- og småbarnsfamilier med ulike belastninger. Spedbarn som har vært eksponert for rusmidler og vanedannende medikamenter i fosterlivet følges spesielt opp
Målgruppeen er sped- og småbarn 0-2 år med foreldre
Kontaktperson: Marianne Øverhaug/Annie Nevermo
- o Aline poliklinikk er samlokalisert med Aline familieavdeling og Aline beredskapshjemavdeling
 - Arbeider med barn og familier som har vært innlagt ved familieavdelingen og barn innskrevet ved beredskapsavdelingen

- Det gis også tilbud til gravide, barn og familier som bor hjemme
- Kontaktperson: Mette Sund Sjøvold
- o Faggruppe: Sosialfaglig høyskoleutdanning, barnepleiere, psykologer
- o Det er mulig å henvende seg anonymt for råd og veiledning
- o Armauer Hansensgt. 14, 0455 Oslo
- o Tlf: 23428833
- o www.barne-og-familieetaten.oslo.kommune.no/tjenestetilbud/aline_og_frydenberg_barnevernsenter

- **Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse (Spedbarnsnettverket). Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP).**
 - o Spedbarnsnettverket er en del av de regionale kunnskapssenterne for barn og unges psykiske helse (RBUP). Forskning, fagutvikling, implementering og opplæring knyttet til spedbarns psykiske helse er ett nasjonalt satsningsområde initiert av Helsedirektoratet i et samarbeid med Barne, likestillings- og inkluderingsdepartementet (BLD).
 - o Spedbarnsnettverket er organisert i 4 regionale knutepunkt knyttet til RBUP Øst og Sør, Vest, Midt og Nord. Forskere og klinikere arbeider sammen både om forskning og implementering.
 - o Målgruppen er den kommunale helsetjenesten, rusomsorgen, den kommunale barneverntjenesten, psykisk helsevern for barn og unge og statlig regionalt barnevern.
 - o Spedbarnsnettverket har et særlig ansvar for å fremskaffe kunnskap om kartleggings- og behandlingsmetoder, bidra med forskningsbasert kunnskap til praksisfeltet og gjøre klinisk studier av sped- og småbarns og deres familier.
 - o Konsultasjon om igangsetting av forskningsprosjekter og implementering av kartlegging- og behandlingsmetoder er et fast tilbud til alle tjenestesteder.
 - o Det er et fast samarbeid med bl.a. Borgestadklinikken. Flere klinikker deltar i forskningssamarbeid.
 - o Adresse: Gullhaug torg 4B, 0484 Oslo , tlf. 22 58 60 00
Hjemmeside: <http://www.r-bup.no/>
 - o Kontaktperson: Avdelingssjef Marit Bergum Hansen
mbh@r-bup.no

- **Gullhella barne- og familiesenter**
 - o Senteret er en del av den statlige barne-, ungdoms- og familieetaten, og tar inn familier til utrednings- og/eller veiledningsopphold etter barnevernloven
 - o Tildeling av plass forutsetter barneverntiltak, og det er kommunen som er innsøker
 - o Tar imot familier med ulik problematikk, også rusfamilier. Familier der det er aktiv rusing gis ikke et tilbud.
 - o Teamet i avdelingen består av familieveileder, miljøterapeut og psykolog
 - o Kontaktperson: Kate Kogstad
 - o Adresse: Korpåsen 172, 1386 Asker
 - o Telefon: 46616200
 - o E-post: gullhella.barnevernssenter@bufetat.no

10.3 Hvordan går det med barna?

Denne oppsummeringen er basert på systematiske oppsummeringer (reviews) og gjennomganger av diverse originalartikler, samt Karol Kaltenbachs forelesning på retningslinjens oppstartskonferanse i oktober 2007. Vi har forsøkt å gruppere originalartiklene etter forskergruppene, da de fleste forskergruppene har produsert flere artikler.

Relativt mange forskergrupper på åttitallet undersøkte grupper av barn eksponert for metadon i fosterlivet med hensyn til nevrobiologisk og annen utvikling. Den typiske studien undersøkte barna med 6 måneders intervaller og oftest ble Bayley Scale of Infant Development benyttet. Barna i studiegruppene ble sammenliknet med barn av kvinner født i tilsvarende etniske og sosioøkonomiske kår. Alle disse studiene tyder på at metadoneksponerte barn utvikler seg innenfor normalområdet.

Rundt 1980 begynte forskerne å benytte en multifaktoriell tilnærming. Kaltenbach og Finnegan anbefalte at man også så på mors psykopatologi, mengde og type stress i tilværelsen, mønster og stabilitet når det gjaldt omsorg og mor-barn-samspillet. Kaltenbach og Finnegan, *Neurobehavioral Toxicology and Teratology*, 1984.

Studiene varierte når det gjaldt dosering av LAR-medikament, og når i svangerskapet metadonbehandling ble startet, type og mengde rusmidler brukt, svangerskapsoppfølgingen og obstetriske komplikasjoner. I de fleste studiene startet de fleste kvinnene metadonbehandling i svangerskapet, og de fleste brukte en rekke rusmidler i tillegg. Den farmakologiske behandlingen av NAS hos den nyfødte varierte når det gjaldt oppstart, type medikament og varighet.

De longitudinelle oppfølgingsstudiene kulminerte på midten av 80-tallet.

De senere årene har mange benyttet en multifaktoriell tilnærming i forskningen. En utredning omfatter både faktorer knyttet til mor, barn og psykososial sammenheng som for eksempel i Maternal Lifestyle Study (MLS).

Mange studier påpeker at andre miljøfaktorer, som foreldrenes psykopatologi, mors foreldrekompetanse, grad av støttende miljø, stabilitet i hjemmet mv. anses å være av større betydning enn metadoneksponering for barnets utvikling. Mange forfattere understreker den betydning det kan ha å gi familiene sosial og økonomisk støtte, opplæring i foreldreferdigheter, tidlig intervensjon for mor-barn-forholdet og lignende for å fremme barnas utvikling.

Undersøkelser som benyttes:

Bayley Scale of Infant Development (BSID). Kan brukes i studier av barn under 2 år.

Brazelton Neonatal Behavioral Assessment Scale

McCarthy Scales of Children's Abilities. Omfatter en General Cognitive Index (GCI) og 5 andre skalaer. Brukes i småbarnsalderen.

Infant Behavior Record

Oversiktsartikler:

- 1. Eyler FD og Behnke M 1999.** *Early development of infants exposed to drugs prenatally*. Gjennomgår effekt av eksposisjon i svangerskapet for tobakk, alkohol, cannabis, opioider og kokain for barn mellom 0 og 2 år (297).
- 2. Background papers to the national clinical guidelines for the management of drug use during pregnancy, birth and the early development years of the newborn. Australia 2006** (86).
- 3. Lundgren LM, Fitzgerald T, Young N, Amodeo M, Schilling RF 2007.** *Medication assisted drug treatment and child well-being*. Litteraturgjennomgang 1980-2005, oppsummering av ca. 100 studier. Redegjør for fordeler og ulemper for barnet av MAT. Avslutter med forslag til videre tiltak for barnevern, politikere og forskere (35).
- 4. Fischer G, Kopf N 2007.** *Review of the literature on pregnancy and psychosocially assisted pharmacotherapy of opioid dependence*. Background document for WHO "Guidelines for psychosocially assisted pharmacotherapy of opioid dependence" (19).
- 5. Winklbaaur B, Kopf N, Ebner N, Jung E, Thau K, Fischer G 2008.** *Treating pregnant women dependent on opioids is not the same as treating pregnancy and opioid dependence: A knowledge synthesis for better treatment for women and neonates* (20). En litteraturgjennomgang sammenholdt med klinisk erfaring som ender opp med en rekke evidensbaserte anbefalinger.
- 6. Hunt RW et al 2008.** *Adverse neurodevelopmental outcome of infants exposed to opiate in-utero* (298). Gjennomgang av litteratur som ser på utviklingen til nyfødte med NAS og en case-control studie av barn (18 måneder og 3 år) eksponert for opioider in fosterlivet.

Kommentar fra **Jones HE m.flere 2009** *The complexity of examining developmental outcomes of children prenatally exposed to opiates* (32).
- 7. Jones HE, Martin PR, Heil SH, Kaltenbach K, Selby P, Coyle MG et al 2008.** *Treatment of opioid-dependent pregnant women: clinical and research issues*. Artikkelen omtaler vanlige spørsmål klinikerne møter. Gir anbefalinger basert på forskning og klinisk erfaring. Skrevet av lederne av MOTHER-prosjektet (22).

8. **Cleary BJ et al 2010.** *Methadone dose and neonatal abstinence syndrome – systematic review and meta-analysis.* (182)
9. **Konijnenberg C, Melinder A 2011.** *Prenatal exposure to methadone and buprenorphine.* Artikkelen gjennomgår mulige effekter av metadon og buprenorfin på kognitive funksjoner (41).

De viktigste forskergruppene er:

1. **Hans, Marcus, Bernstein, Jeremy, Schneider, Goodman, Chicago, USA.** Metadoneksponte barn sammenliknet med normale kontroller (N=78). Ekskluderte barn med lav fødselsvekt. Følgende artikler er produsert av gruppen:
 - A. **Marcus J, Hans SL, Jeremy RJ 1982.** *Differential motor and state functioning in newborns of women on methadone.* Undersøkte 20 barn eksponert for metadon og 25 kontroller ved 1 dag og 1 måneds alder med Brazelton. Det var stor variabilitet innen hver gruppe (299).
 - B. **Marcus J, Hans SL, Jeremy RJ 1982.** *Patterns of 1-day and 4-month motor functioning in infants of women on methadone.* 38 barn, hvorav 15 eksponert for metadon ble undersøkt med Brazelton ved 1 dags alder og Bayley ved 4 måneder. Ved 4 måneders alder var metadonbarna dårligere på noen skår (300).
 - C. **Hans og Marcus 1983** NIDA Monograph 43. Fant ingen forskjell i MDI og PDI ved 4 og 12 måneders alder. Metadoneksponte hadde lavere vekt.
 - D. **Bernstein V, Jeremy RJ, Hans SL og Marcus J 1984.** *A longitudinal study of offspring born to methadone-maintained women. Dyadic interaction and infant behaviour at 4 months.* 17 metadoneksponte barn ble sammenliknet med 23 kontroller ved 4 måneder med Bayley og videofilming. Noe svakere motorisk funksjon hos metadongruppen, men ikke forskjell på sosial og kognitiv funksjon. Metadoneksponte barn var mer anspente, aktive og dårligere koordinerte. Barnets interaksjon var, på tvers av gruppene, mer avhengig av mors evne til interaksjon med barnet enn metadoneksonering (301).
 - E. **Jeremy RJ og Bernstein VJ 1984.** *Dyads at risk. Methadone-maintained women and their four-month-old infants.* Videofilming av 17 metadoneksponte og 23 kontrollbabyers interaksjon med mødre (302).
 - F. **Hans og Marcus 1989.** *Developmental consequences of prenatal exposure to methadone.* Ved 24 måneders alder fant de forskjell i PDI, men ikke i MDI. Et slikt fall i utviklingsskår i begge grupper kan ses i underprivilegerte familier, og den effekten var større enn effekten av opiateksonering. Forfatterne konkluderer med at tiltak for å bedre oppvekstforholdene bør settes inn for å bedre utviklingsutfall for barna (284).

- G. Bernstein VJ og Hans SL 1994.** *Predicting the developmental outcome of two-year-old children born exposed to methadone: Impact of social-environmental risk factors.* Ser på utvikling ved 2 års-alder hos metadon vs. kontroll. Det var ikke signifikant forskjell mellom gruppene. For metadoneksponerte barn medførte kumulativ risiko i oppvekstmiljøet dårligere utvikling. Forfatterne anfører at en biologisk sårbarhet hos metadoneksponerte barn kan virke sammen med miljøfaktorene, blant annet mors manglende evne til å kommunisere med barnet. Betydningen av tidlig intervensjon for barn og foreldre fremholdes (303).
- H. Schneider JW og Hans SL 1996.** *Effects of prenatal exposure to opioids on focused attention in toddlers during free play.* Undersøker metadoneksponerte barns konsentrasjonsevne ved 2 års-alder sammenliknet med kontrollgruppe. Konsentrasjon var sterkt relatert til mors evne til å gi barnet instruksjon som igjen var relatert til mors IQ (304).
- I. Goodman G, Hans SL og Cox SM 1999.** *Attachment behavior and its antecedents in offspring born to methadone-maintained women.* Videotape av 35 metadoneksponerte barn og 46 kontroller ved 12 måneder (117).
- J. Hans SL, Bernstein VJ, Henson LG 1999.** *The role of psychopathology in parenting of drug-dependent women. Development and psychopathology. 11: 957-977.*
- K. Hans SL og Jeremy RJ 2001.** *Postneonatal mental and motor development of infants exposed in utero to opioid drugs.* 33 metadoneksponerte barn sammenliknet med 45 kontrollbarn i løpet av de to første leveår. Bayley og Infant Behavior Record (305).
- L. Goodman G, Hans SL og Bernstein VJ 2005.** *Mother expectation of bother and infant attachment behavior as predictors of mother and child communication at 24 months in children of methadone-maintained women.* Undersøker disorganisert og unnvikende tilknytning hos barn ved 12 måneders alder og evnen til å kommunisere ved 2 årsalder. Hos metadoneksponerte barn finner man at mors forventninger til barnet i siste del av svangerskapet henger sammen med kommunikasjon ved 2 årsalder. Metadoneksponering i svangerskapet disponerte for uorganisert tilknytning ved 12 månedersalder. Forfatterne tolket dette som problemer med affektreguleringen hos mødre på metadon og barna deres. De anbefaler tidlig intervensjon i mor-barnforholdet for å bedre gjensidig affektregulering (306).

2. Kaltenbach, Finnegan, Nelson, Philadelphia, USA

- A. Finnegan LP, Reeser DS, Connaughton JF 1977.** *The effects of maternal drug dependence on neonatal mortality.* 63 heroineksponerte barn, 80 kvinner på lav dose metadon og lite svangerskapsoppfølging, 135 kvinner på lav dose metadon og tett svangerskapsoppfølging. Gruppen med tett

svangerskapsoppfølging hadde færre tilfeller med lav fødselsvekt og færre dødsfall (307).

- B. Kaltenbach K 1979.** Metadoneksponert barn vs. normale. N=94. Metadoneksponerte barn har signifikant lavere MDI ved 1 og 2 år, men innenfor normalområdet.
- C. Kaltenbach K og Finnegan LP 1986/7.** Pediatric Research. Metadoneksponerte vs. normale. N=268. Fant ingen forskjell i MDI ved 6, 12 eller 24 måneder. Fant heller ingen forskjeller ved nevrologisk undersøkelse. Metadon mindre fødselsvekt og hodeomkrets.
- D. Kaltenbach K and Finnegan LP 1987.** *Perinatal and developmental outcomes of infants exposed to methadone in-utero (308).*
- E. Nelson LB et al 1987.** *Occurrence of Strabismus in Infants Born to Drug-Dependent Women.* Oftamologisk undersøkelse av 40 metadoneksponerte nyfødte, hvorav 29 barn ble undersøkt ved 6 måneders alder. 24 % strabisme ble funnet i denne gruppen, mot rapportert 2,8-5,3 % i normalgruppe (286).
- F. Kaltenbach and Finnegan 1989,** *Children Exposed to Methadone in Utero.* Opprinnelige grupper ble sett på ved 4 ½ årsalder. 27 metadoneksponerte barn ble sammenliknet med 17 kontrollbarn ved hjelp av McCarthy scale. Man fant ikke forskjeller i GCI (General Cognitive Index) eller noen subskalaer. De gjennomsnittlige skårene var høyere enn de standardiserte gjennomsnittene (309).

3. Rosen T, Johnson H, Glassman M, Fiks K, New York, USA.

Metadoneksponerte barn vs. normale. N= 92.

- A. Rosen and Johnson 1982.** *Children of methadone-maintained mothers: Follow-up to 18 months of age.* Undersøkte 94 barn. Fant ingen forskjell i MDI og PDI ved 6 måneders alder, men fant forskjell i både MDI og PDI ved 12 og 18 månedersalder(310).
- B. Johnson HL and Rosen TS 1982.** *Prenatal Methadone Exposure: Effects on Behavior in Early Infancy.* 41 metadoneksponerte barn og 23 kontrollbarn ble undersøkt med Bayley ved 6 månedersalder. Stor variasjon innen hver gruppe. Flere lave PDI i metadongruppen, spesielt hos guttene (311).
- C. Rosen TS and Johnson HL 1985.** *Long-term Effects of Prenatal Methadone Maintenance.* Data på oppfølging fra 0 til 36 måneder. Diskusjon av funn for 4, 5, 6 og 7 år gamle barn. Dette er en meget god oppsummeringsartikkel av funnene (312).
- D. Johnson et al 1987.** *Infant Behavior and Development.* Brukte en stianalyse for å bestemme betydningen til forskjellige variabler som morens

medisinske historie, rusbruk, fødselsdata og familiens fungering ved 3-årsalder. Funnene indikerer at maternell rusbruk ikke er den viktigste faktoren. Familiens karakteristika og fungering spiller en stor rolle.

- E. Rosen 1988.** Metadoneksponert vs. normale vs. multidrug. N=111. MDI lavere i metadongruppen enn normal ved 6 mndr., PDI lavere ved 12 mndr.
- F. Johnson et al 1990.** *Resilient Children: Individual Differences in Developmental Outcome of Children Born to Drug Abusers.* Data fra 36 måneders alder. Metadonbarna var overrepresentert i Cluster 3, gruppen med dårligst utvikling. Mødrenes "responsiveness" og grad av omsorgssvikt og familievold påvirket funnene (313).
- 4. Strauss et al, Detroit, USA.** Studerte først 44 barn, deretter 113 barn opp til 12 månedersalder. 46 metadon vs. 46 kontroller. Ca. halvparten av metadoneksponerte barn og to tredeler av kontrollgruppen ble fulgt opp ved 3, 6 og 12 måneder.
- A. Strauss ME et al 1976.** *Relationship of neonatal withdrawal to maternal methadone dose (314).*
- B. Strauss et al 1976.** *Journal of Pediatrics.* Undersøkte spedbarn ved 3, 6 og 9 måneder. Alle skåringene var innenfor normalområdet. PDI-skårene avtok og skilte seg fra sammenlikningsgruppen ved 12 månedersalder.
- C. Strauss M et al 1977.** *Behavioural concomitants of prenatal addiction to narcotics.* Atferdskarakteristika for barn av metadonmødre og kontrollmødre ved 3, 6 og 12 måneder. Flere Brazelton mål var forskjellige for gruppene. Størst forskjell var det i CNS-irritabilitet. Intellektuell og motorisk utvikling var innenfor normalområdet. Psykomotorisk utvikling viste nedadgående trend hos metadonbarna (195).
- D. Strauss M et al, 1979.** *Children of Methadone-Treated Women at Five Years of age. Pharmacology and Biochemistry & Behavior, Vol 11, Suppl pp 3-6.* Opprinnelig gruppe ble sett på 5 år senere ved hjelp av McCarthy Scales. 33 barn som var metadoneksponert ble sammenliknet med 30 kontrollbarn. Man fant ingen forskjell i GCI eller noen av subskalaene. Skårene for begge gruppene var godt under standardiserte gjennomsnitt (315).
- 5. Wilson GS, Desmond MM, Wait RB, Lifschitz MH, O'Brian Smith E, Houston, USA.** 39 metadoneksponerte barn, 29 heroineksponerte barn, 57 kontrollbarn.
- A. Wilson et al 1979.** *Pediatrics.* Dette er en tverrsnittsstudie. Barna ble undersøkt ved 3 til 5 ½ årsalder. 22 barn var heroineksponerte, 20 barn var metadoneksponerte, 15 barn var høyrisikokontroller og 20 barn var

sosioøkonomiske kontroller. Man benyttet *Illinois Test of Psycholinguistic Abilities*, *Columbia Mental Maturity Scale*, *McCarthy Scales of Children's Abilities* og *Minnesota Child Development Inventory*. Alle de tre risikogrubbene skilte seg fra kontrollgruppen på Illinois TPA. Det var ingen forskjeller på Columbia MMS eller Minnesota CDI. De heroineksponerte barna skilte seg fra de øvrige grubbene på McCarthy GCI og 3 subskalaer.

- B. Wilson GS, Desmond MM, Wait RB 1981.** *Follow-up of methadone-treated and untreated narcotic-dependent women and their infants: Health, developmental and social implications.* Undersøkte barna ved 9 måneders alder ved hjelp av fysisk og nevrologisk undersøkelse, anamnese etc. Bayley ved 9 måneder. Fant ingen forskjell i MDI, men forskjell i PDI. Metadon vs. heroin vs. normal (316).
- C. Lifschitz MH, Wilson GS, O'Brian Smith E, Desmond MM 1983.** *Fetal and postnatal growth of children born to narcotic-dependent women.* 21 metadoneksponerte barn (95 % blandingsmisbruk), 22 heroineksponerte barn og 28 normale kontroller. Data om fysisk utvikling, helse og en rekke andre variabler ble samlet inn med jevne mellomrom (187).
- D. Lifschitz MH, Wilson GS, O'Brian Smith E, Desmond M 1985.** *Factors affecting head growth and intellectual function in children of drug addicts.* Benyttet McCarthy Scales og Home Observation for the Measurement of the Environment. De sammenliknet 25 heroineksponerte barn med 26 metadoneksponerte og 41 barn fra en kontrollgruppe. Det var ingen forskjell mellom grubbene med McCarthy. Variabler som ble identifisert som prediktive for kognitiv prestasjon, var mengde svangerskapsomsorg, prenatal risiko og "the Home Inventory". Studien viste at utfallet for metadoneksponerte barn ikke skilte seg fra en tilsvarende sammenlikningsgruppe når psykososiale, biologiske og helsemessige faktorer ble kontrollert for (317).
- E. Wilson GS 1989.** *Clinical studies of infants and children exposed prenatally to heroin.* Oppsummerer de fleste artiklene, men med spesiell vekt på de heroineksponerte barna (318).

- 6. Bakstad, Sarfi, Lund, Welle-Strand, Konijnenberg, Ravndal, Melinder et al, Oslo.** En longitudinell studie av kvinner (N=139) i LAR som har fått barn fra 1996-2009 og barna deres (N= 161). En undergruppe på 38 kvinner/barn/menn (2005-7) følges prospektivt med en kontrollgruppe (kontrastgruppe) på 36 kvinner/barn/menn.

- A. Finnegan, LP, Winklbaaur, B, Fischer, G, Olofsson, M, Welle-Strand, G. 2009.** *New approaches in the treatment of opioid dependency during the pregnancy.* Svangerskaps- og fødselsdata, samt noen oppfølgingsdata fra den norske kohorten fra før 2004, samt beskrivelse av retningslinjearbeidet (50).

- B. Bakstad B, Sarfi M, Welle-Strand GK, Ravndal E 2009.** *Opioid maintenance treatment during pregnancy: Occurrence and severity of neonatal abstinence syndrome.* Svangerskaps- og fødselsdata på den prospektive kohorten fra 2005-7 (51).
- C. Sarfi M, Martinsen H, Bakstad B, Røislien J, Waal H 2009.** *Patterns in sleep-wakefulness in three-month old infants exposed to methadone or buprenorphine.* Det ble ikke funnet forskjeller mellom studiegruppen og kontrollgruppen på 10 forskjellige mål på døgnrytme. 2005-7-kohorten (52).
- D. Lund IO, Skurtveit S, Sarfi M, Bakstad B, Welle-Strand GK, Ravndal E 2011.** *Substance use during and after pregnancy among a national cohort of pregnant women in Opioid Maintenance Treatment and their partners.* Journal of Substance Use (in press). Oversikt over bruk av rusmidler hos mor og far i svangerskapet og et år etter i den prospektive kohorten (53).
- E. Sarfi M, Smith, L., Sundet, J.M., Waal, H 2011.** *Risks and realities: Dyadic interaction between 6-months old infants and their mothers in opioid maintenance treatment.* Infant Behavior and Development (in press). Samspillet mellom 6-måneders barn og deres mødre i den prospektive kohorten (55).

7. Haukeland-gruppen i Bergen

- A. Sandtorv L, Reigstad H, Bruarøy S, Elgen I, Læreid LM 2009.** Har legemiddellassistert rehabilitering i svangerskapet konsekvenser for barna? Oppfølgingsundersøkelse av 15 barn født av 10 mødre i LAR på Haukeland, inkludert 2 premature tvillingpar (56).

8. Jansson LM, Jones HE, Svikis D, Tran G, Tuten M, Velez ML et al, Johns Hopkins University Hospital, Baltimore, USA

- A. Jansson LM et al 1996.** *Pregnancy and Addiction. A Comprehensive Care Model. Journal of Substance Abuse Treatment.* De første 100 CAP-fødslene. Bayley ved 6 og 12 måneder (10)
- B. Jones HE, Svikis DS, Tran G 2002.** *Patient compliance and maternal/infant outcomes in pregnant drug-using women. Substance use & misuse. Vol 37, no 11, 1411-1422.*
- C. Jansson LM et al 2003.** *Effectiveness of Child Case Management Services for Offspring of Drug-Dependent Women.* Evaluering av programeffektivitet for 2 åringer (N=76) som får forskjellige intensitet i oppfølgingen. Mødre som fikk mer intensiv oppfølging, var i større grad rusfrie og hadde oftere foreldreansvaret for barna sine (40).

D. Velez ML, Jansson LM, Montoya ID, Schweitzer W, Golden A, Svikis D 2004. *Parenting knowledge among substance abusing women in treatment.* Effekten av et treningsprogram i foreldreferdigheter ble målt (118).

E. Velez ML, Jansson LM, Montoya ID, Walters V, Jones HE, Chilcoat H, Campell J, Svikis D 2006. *Exposure to violence among substance-dependent pregnant women and their children (109).*

F. Jansson LM, Svikis DS, Velez M, Fitzgerald E, Jones HE 2007. *The impact of managed care on drug-dependent pregnant and postpartum women and their children (11).*

G. Velez M, Jansson LM 2008. *The opioid dependent mother and newborn dyad: non-pharmacologic care(272).*

H. Velez M, Jansson LM, Schroeder J, Williams E 2009. *Prenatal methadone exposure and neonatal neurobehavioral functioning (184)*

9. Fischer G, Winkelbauer B, Ebner N, Kopf N, Jung E, Thau K i Wien.

10. Chasnoff IJ, Burns KA, Burns WJ, Schnoll SH i Chicago.

A. Chasnoff IJ, Hatcher R, Burns WJ 1982. *Polydrug- and methadone-addicted newborns: A continuum of impairment?* 39 metadoneksponerte (5-40 mg ved fødsel) babier og 19 polydrug-eksponerte babier, samt 27 kontroller. Brazelton. De fleste kvinnene i metadongruppen brukte ikke rusmidler (319).

B. Chasnoff IJ, Schnoll SH, Burns WJ, Burns K 1984. *Maternal nonnarcotic substance abuse during pregnancy: Effects on infant development. Neurobehavioral toxicology and teratology. 6:277-280.* Kvinner som ble gravide på heroin, men ble stabilisert i metadonbehandling før annet trimester. Fant ingen forskjell i MDI og PDI ved 3, 6, 12 eller 24 måneders alder. Sammenliknet metadoneksponerte barn vs. multidrugeksponeerte barn vs. kontroll (N=122).

C. Chasnoff et al 1986. *Prenatal Drug Exposure: Effects on Neonatal and Infant Growth and Development.* En studie med flere kontrollgrupper med annet misbruk. Gr I (N= 51) Gravide på heroin, overført til lavdose metadon. Gr II (N=22) Blandingsmisbruk. Gr III (N=13) Pentazoline og tripelennamine. Gr IV (N=9) PCP. Gr V (N=27) Kontroll. Gruppene ble fulgt opp med Bailey til 2 årsalder. Mental og psykomotorisk utvikling sammenliknbar for alle 5 grupper (320).

11. Sarkola, Kahila, Hytinantti, Salo et al i Helsinki, Finland

A. Hytinantti T, Kahila H et al 2008. *Neonatal outcome of 58 infants exposed to maternal buprenorphine in utero (46).*

- B. Kahila H, Saisto T et al 2007.** *A prospective study on buprenorphine use during pregnancy: effects on maternal and neonatal outcome (49).*
- C. Kahila H, Stefanovic V et al 2008.** *Prenatal buprenorphine exposure: Effects on biochemical markers of hypoxia and early neonatal outcome (45).*
- D. Salo S, Politi J et al 2010.** *Early development of opioid-exposed infants born to mothers in buprenorphine-replacement therapy (48).*
- 12. Davies 1988.** Metadon vs. heroin vs. fars opioidbruk. N=77. Barn av opioid mor skårer lavere enn barn av opioid far (spesielt kognitiv funksjon og atferd). Oppfølgingsperiode 6-15 år. Wisc-R.
- 13. DeCubas M M, Field T 1993.** *Children of methadone-dependent women: Developmental outcomes.* Metadon vs. normale. N=40. Ingen forskjeller i kognitiv test ved 5 år, men noe lavere IQ-skår. *Stanford-Binet Intelligence Scale*. MMT flere atferdsproblemer og høyere på engstelse, aggresjon, avvising og maladaptasjon (321).
- 14. Van Baar AL, Nederland.** En prospektiv, longitudinell studie. Metadon vs. normale. Mye rusmisbruk. N=72. Finner noen forskjeller ved språk og kognitive tester opp til 5,5 år. Forskjellen blir borte når man korrigerer for atferd. Subgruppeanalyser ved 5,5 år viser forskjeller bare hos barn som bor hos biologiske foreldre.
- A. Van Baar AL et al 1989.** *Neonatal behaviour after drug dependent pregnancy.* Nevrobiologisk utvikling av 35 barn av metadonbehandlede mødre sammenliknet med en kontrollgruppe på 37. Kun to mødre benyttet bare metadon. Det ble foretatt EEG og diverse andre undersøkelser ved 1 månedsalder (322).
- B. Van Baar AL et al 1989.** *Behaviour in first year after drug dependent pregnancy.* De samme barna ble undersøkt ved 3, 6, 9 og 12 måneders alder blant annet ved hjelp av Bayley. Ingen signifikant forskjell ble funnet ved 6 og 12 måneder, noen forskjeller ble funnet ved 9 måneder (323).
- 15. Olofsson et al i København.**
- A. Olofsson et al 1983.** *Investigation of 89 children born by drug-dependent mothers. Follow-up 1-10 Years after Birth.* 89 barn født av opioid- og metadon-avhengige mødre. Bare 25 % viste normal utvikling. 56 % var hyperaktive og aggressive med mangelfull konsentrasjon. 10 % hadde alvorlig og 11 % hadde moderat forsinket psykomotorisk utvikling. 43 % av barna var omsorgsplassert, med gjennomsnittlig 6 skifter av miljø. Gjennomsnittlig bytte av omsorgsperson var 5 (44).

16. Quick, Woodward et al, New Zealand.

A. Quick ZL et al 2008. *Acoustic cry characteristics of infants exposed to methadone during pregnancy. Acta Paediatrica 98, pp 74-79.* 10 metadon eksponerte babyer (90 % sigaretter, 30 % cannabis, 20 % benzo, 20 % stimulantia) ble sammenliknet med 10 ikke-metadoneksponerte babyer når det gjelder babyenes gråt (karakteristika ved gråten). Gråten til metadoneksponerte babyer skiller seg på noen områder fra de ikke-eksponerte babyenes gråt.

17. Burns EC, O'Driscoll M, Wason G i London

A. Burns EC, O'Driscoll M, Wason G. *The health and development of children whose mothers are on methadone maintenance. Child Abuse Review Vol 5. 113-122. 1996.* 23 metadoneksponerte barn og 20 kontroller fra Riverside i London ble undersøkt mellom 3,5 og 7 årsalder. Studien viste at barna som var eksponert for metadon, var like friske som kontrollgruppen (324).

18. Bunikowski 1998. N=76. MMT vs. heroin vs. normal.

19. Maternal Lifestyle Study (MLS) 1998-2011

En stor multisenterlongitudinell undersøkelse av kokain- og opioideksponerte barn som benytter seg av en matchet sammenlikningskohort. Utføres på 4 geografisk forskjellige universiteter i USA; Brown University, University of Miami, University of Tennessee og Wayne State University (325-335).

Barnet: Fysiologi, oppmerksomhet, temperament, sosial interaksjon, tilknytning, kognitivitet, språk, motorisk utvikling

Mor: Psykologi, stress, depresjon, self-esteem, tilknytning, Parenting Stress Violence, IQ
Kontekst: Sosial klasse, neighborhood, sosial støtte, hjemmemiljø, social services, acculturation

MLS-kognitive, motoriske og atferdsmessige resultater ved 1,2 og 3 årsalder. Primært undersøkes kokaineksponisjon. N= 1227, (kokain=522, opioid=50, kokain/opioid=48, kontroller=655).

Kovariater: Hyppighet og mengde av rusbruk i hvert trimester, mors utdanning, SES, HOME = Home Observation for Measurement of the Environment, Maternell/ omsorgspersons IQ, Global Severity Index of psychological symptoms.

Outcome measures: Bayley MDI, PDI and BRS ved 1, 2 og 3 år. Analysene inkluderer hierarkisk lineær modellering univariate og kovariate analyser. Ingen signifikante funn etter kovariat kontroll.

20. Hulse et al. (336) Systematisk oversikt, 7 studier. RR SIDS.

Met+heroin>metadon>heroin. Forskjellene mellom heroin og metadon var liten.

21. Kandall (60). Case control. SIDS økt SIDS blant metadoneksponerte barn sammenlignet med heroineksponerte.

22. Rajegowda. Case kontroll. Økt SIDS blant metadoneksponerte barn sammenlignet med heroineksponerte.

10.4 Kartleggings- og utredningsverktøy

- FVP (Foreldreveiledningsprogrammet). Helsestasjonsmaterialet som er utviklet og anbefales brukt av Helsedirektoratet og BUFdir.
- EPDS (Edinburgh Postnatal Depression scale) brukes i økende grad på helsestasjoner som screeninginstrument for depresjon hos mødre etter fødsel.
- PSS (Parenting Stress Scale) kartlegger omfang av omsorgsrelatert stress og er enkel å administrere både for foreldre og helsepersonell.
- ~~ADBB (Alarm Distress Baby Scale) er en ny metode som er under utprøving i Norge, og som er rettet inn mot å identifisere tilbaketrekingsreaksjoner hos barn i aldersgruppen 2-24 måneder.~~
- ASQ (Ages and Stages Questionnaire) er også blitt implementert i helsestasjonsarbeid som instrument for å kartlegge barns utvikling. Ved hjelp av aldersrelaterte spørreskjemaer beregnet på barn fra 4 måneder opp til 5 år kan foreldre, helsearbeidere og barnehagepersonell få et inntrykk av barnets utvikling på 5 områder (grov-/finmotorikk, kommunikasjon, problemløsning og personlig/sosial kompetanse)
- ASQ-SE (Ages and Stages Questionnaire: Social–Emotional scale) er et tillegg spesielt utviklet til å identifisere sosiale og emosjonelle vansker hos små barn.
- BITSEA (Brief Infant Toddler Social Emotional Assessment) er kortversjon av den mer omfattende ITSEA (Infant-Toddler Social Emotional assessment) og inneholder 60 spørsmål om ulike funksjonsområder hos barnet, som regulering, kompetanse og atferdsvansker.
- ~~WAIMH (World Association for Infant Mental Health) har utarbeidet et skjema for kartlegging av risiko og beskyttelsesfaktorer som kan benyttes. Dette skjemaet er omarbeidet til norsk bruk av Camilla Voss, Førde BUP. Skjemaet benyttes av konsultasjonsteam for sped og småbarnsteamet i Sogn og Fjordane.~~

[Se begrunnelse for endringen]

ASQ-2
[Se begrunnelse for endringen]

[Se begrunnelse for endringen]

Se også Kunnskapssenterets rapport (285).

11 Litteratur

Bare litt tekst sånn at referanselista ikke genereres i CRAZY format...

1. Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-retningslinje-for-legemiddelassistert-rehabilitering-ved-opioidavhengighet/Publikasjoner/Nasjonal-retningslinje-for-legemiddelassistert-rehabilitering-ved-opioidavhengighet-konvertert.pdf>.
2. Berg RC, Kornør H, Øverland S, Smedslund G, Hammerstrøm KT, Støretvedt K, et al. Medikamentell vedlikeholdsbehandling av gravide med opioidavhengighet. Oslo: Kunnskapssenteret; 2008. Rapport fra Kunnskapssenteret 31-2008. Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/4754.cms>
3. Spigset O, Aamo TO. Legemiddelassistert rehabilitering og amming. Trondheim: 2008.
4. Dole VP, Nyswander ME. A medical treatment for diacetylmorphine (heroin) addiction. A clinical trial with methadone hydrochloride. JAMA 1965;8(23):646-50.
5. Newman RG, Bashkow S, Calko D. Results of 313 consecutive live births of infants delivered to patients in the New York City Methadone Maintenance Treatment Program. Am J Obstet Gynecol 1975;121(2):233-7.
6. Stimmel B, Goldberg J, Reisman A, Murphy RJ, Teets K. Fetal outcome in narcotic-dependent women: the importance of the type of maternal narcotic used. Am J Drug Alcohol Abuse 1982;9(4):383-95.
7. Kandall SR, Albin S, Gartner LM, Lee KS, Eidelman A, Lowinson J. The narcotic-dependent mother: fetal and neonatal consequences. Early Hum Dev 1977;1(2):159-69.
8. Stimmel B, Adamson K. Narcotic dependency in pregnancy. Methadone maintenance compared to use of street drugs. JAMA 1976;235(11):1121-4.
9. Kaltenbach K, Berghella V, Finnegan L. Opioid dependence during pregnancy. Effects and management. Obstet Gynecol Clin North Am 1998;25(1):139-51.
10. Jansson LM, Svikis D, Lee J, Paluzzi P, Rutigliano P, Hackerman F. Pregnancy and addiction. A comprehensive care model. J Subst Abuse Treat 1996;13(4):321-9.
11. Jansson LM, Svikis DS, Velez M, Fitzgerald E, Jones HE. The impact of managed care on drug-dependent pregnant and postpartum women and their children. Subst Use Misuse 2007;42(6):961-74.
12. Fischer G, Eder H, Jagsch R, Lennkh A, Habeier A, Aschauer H, et al. Maintenance therapy with synthetic opioids within a multidisciplinary program - A stabilizing necessity for pregnant opioid dependent women. Arch Womens Ment Health 1998;3(1):109-16.

13. Fischer G, Johnson RE, Eder H, Jagsch R, Peternell A, Weninger M, et al. Treatment of opioid-dependent pregnant women with buprenorphine. *Addiction* 2000;95(2):239-44.
14. Lejeune C, Simmat-Durand L, Gourarier L, Aubisson S, Groupe d'Etudes Grossesse et Addictions (GEGA). Prospective multicenter observational study of 260 infants born to 259 opiate-dependent mothers on methadone or high-dose buprenorphine substitution. *Drug Alcohol Depend* 2006;82(3):250-7.
15. Jones HE, Johnson RE, Jasinski DR, O'Grady KE, Chisholm CA, Choo RE, et al. Buprenorphine versus methadone in the treatment of pregnant opioid-dependent patients: effects on the neonatal abstinence syndrome. *Drug Alcohol Depend* 2005;79(1):1-10.
16. Fischer G, Ortner R, Rohrmeister K, Jagsch R, Baewert A, Langer M, et al. Methadone versus buprenorphine in pregnant addicts: a double-blind, double-dummy comparison study. *Addiction* 2006;101(2):275-81.
17. Jones HE, Kaltenbach K, Heil SH, Stine SM, Coyle MG, Arria AM, et al. Neonatal abstinence syndrome after methadone or buprenorphine exposure. *N Engl J Med* 2010;363(24):2320-31.
18. Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. Geneva: World Health Organization; 2009. Tilgjengelig fra: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241547543_eng.pdf.
19. Fischer G, Kopf N. Review of the literature on pregnancy and psychosocially assisted pharmacotherapy of opioid dependence (including withdrawal management, agonist and antagonist maintenance therapy and adjuvant pharmacotherapy). Geneva: World Health Organization; 2007. Tilgjengelig fra: http://www.who.int/substance_abuse/activities/pregnancy.pdf.
20. Winklbaur B, Kopf N, Ebner N, Jung E, Thau K, Fischer G. Treating pregnant women dependent on opioids is not the same as treating pregnancy and opioid dependence: a knowledge synthesis for better treatment for women and neonates. *Addiction* 2008;103(9):1429-40.
21. Winklbaur B, Jung E, Fischer G. Opioid dependence and pregnancy. *Curr Opin Psychiatry* 2008;21(3):255-9.
22. Jones HE, Martin PR, Heil SH, Kaltenbach K, Selby P, Coyle MG, et al. Treatment of opioid-dependent pregnant women: clinical and research issues. *J Subst Abuse Treat* 2008;35(3):245-59.
23. Benningfield MM, Arria AM, Kaltenbach K, Heil SH, Stine SM, Coyle MG, et al. Co-occurring psychiatric symptoms are associated with increased psychological, social, and medical impairment in opioid dependent pregnant women. *Am J Addict* 2010;19(5):416-21.

24. Jansson LM, Dipietro JA, Velez M, Elko A, Williams E, Milio L, et al. Fetal neurobehavioral effects of exposure to methadone or buprenorphine. *Neurotoxicol Teratol* 2010;33(2):240-3.
25. Stine SM, Heil SH, Kaltenbach K, Martin PR, Coyle MG, Fischer G, et al. Characteristics of opioid-using pregnant women who accept or refuse participation in a clinical trial: screening results from the MOTHER study. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2009;35(6):429-33.
26. Heil SH, Jones HE, Arria A, Kaltenbach K, Coyle M, Fischer G, et al. Unintended pregnancy in opioid-abusing women. *J Subst Abuse Treat* 2011;40(2):199-202.
27. Minozzi S, Amato L, Vecchi S, Davoli M. Maintenance agonist treatments for opiate dependent pregnant women. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(2):CD006318.
28. Wang EC. Methadone treatment during pregnancy. *J Obstet Gynecol Neonat Nurs* 1999;28(6):615-22.
29. Jansson LM, Velez M, Harrow C. The opioid-exposed newborn: assessment and pharmacologic management. *J Opioid Manag* 2009;5(1):47-55.
30. Jansson LM, Velez M, Harrow C. Methadone maintenance and lactation: a review of the literature and current management guidelines. *J Hum Lact* 2004;20(1):62-71.
31. Baxter FR, Nerhood R, Chaffin D. Characterization of babies discharged from Cabell Huntington Hospital during the calendar year 2005 with the diagnoses of neonatal abstinence syndrome. *W V Med J* 2009;105(2):16-21.
32. Jones HE, Kaltenbach K, O'Grady KE. The complexity of examining developmental outcomes of children prenatally exposed to opiates. A response to the Hunt et al. Adverse neurodevelopmental outcome of infants exposed to opiates in-utero. *Early Hum Dev* 2009;85(4):271-2.
33. Svikis DS, Golden AS, Huggins GR, Pickens RW, McCaul ME, Velez ML, et al. Cost-effectiveness of treatment for drug-abusing pregnant women. *Drug Alcohol Depend* 1997;45(1-2):105-13.
34. Kaltenbach K, Jones HE, Fischer G, Selby P. New approaches in the treatment of opioid dependency during pregnancy. *Heroin Addict Relat Clin Probl* 2007;9(3):9-20.
35. Lundgren LM, Fitzgerald T, Young N, Amodeo M, Schilling RF. Medication assisted drug treatment and child well-being. *Child Youth Serv Rev* 2007;29(8):1051-69.
36. Jones HE, Haug N, Silverman K, Stitzer M, Svikis D. The effectiveness of incentives in enhancing treatment attendance and drug abstinence in methadone-maintained pregnant women. *Drug Alcohol Depend* 2001;61(3):297-306.
37. Svikis DS, Lee JH, Haug NA, Stitzer ML. Attendance incentives for outpatient treatment: effects in methadone- and nonmethadone-maintained pregnant drug dependent women. *Drug Alcohol Depend* 1997;48(1):33-41.

38. Jones HE, Svikis D, Rosado J, Tuten M, Kulstad JL. What if they do not want treatment?: lessons learned from intervention studies of non-treatment-seeking, drug-using pregnant women. *Am J Addict* 2004;13(4):342-57.
39. Jones HE, Svikis DS, Tran G. Patient compliance and maternal/infant outcomes in pregnant drug-using women. *Subst Use Misuse* 2002;37(11):1411-22.
40. Jansson LM, Svikis DS, Beilenson P. Effectiveness of child case management services for offspring of drug-dependent women. *Subst Use Misuse* 2003;38(14):1933-52.
41. Konijnenberg C, Melinder A. Prenatal exposure to methadone and buprenorphine: A review of the potential effects on cognitive development. *Child Neuropsychol* 2011;17(5):495-519.
42. Sarman I. Metadonbehandling under graviditet och dess effekter på barnet. Bättre än fortsatt missbruk, bör följas av specialiserad modravårdscentral. *Läkartidningen* 2000;97(18):2182-4, 2187-8, 2190.
43. Kakko J, Heilig M, Sarman I. Buprenorphine and methadone treatment of opiate dependence during pregnancy: comparison of fetal growth and neonatal outcomes in two consecutive case series. *Drug Alcohol Depend* 2008;96(1-2):69-78.
44. Olofsson M, Buckley W, Andersen GE, Friis-Hansen B. Investigation of 89 children born by drug-dependent mothers. II. Follow-up 1-10 years after birth. *Acta Paediatr Scand* 1983;72(3):407-10.
45. Kahila H, Stefanovic V, Loukovaara M, Alfthan H, Hamalainen E, Halmesmaki E. Prenatal buprenorphine exposure: effects on biochemical markers of hypoxia and early neonatal outcome. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2008;87(11):1213-9.
46. Hytinantti T, Kahila H, Renlund M, Jarvenpaa AL, Halmesmaki E, Kivitie-Kallio S. Neonatal outcome of 58 infants exposed to maternal buprenorphine in utero. *Acta Paediatr* 2008;97(8):1040-4.
47. Sarkola T, Kahila H, Gissler M, Halmesmaki E. Risk factors for out-of-home custody child care among families with alcohol and substance abuse problems. *Acta Paediatr* 2007;96(11):1571-6.
48. Salo S, Politi J, Tupola S, Biringen Z, Kalland M, Halmesmaki E. Early development of opioid-exposed infants born to mothers in buprenorphine-replacement therapy. *J Reprod Infant Psychol* 2010;28(2):161-79.
49. Kahila H, Saisto T, Kivitie-Kallio S, Haukkamaa M, Halmesmaki E. A prospective study on buprenorphine use during pregnancy: effects on maternal and neonatal outcome. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007;86(2):185-90.
50. Finnegan L, Winklbaur B, Fischer G, Olofsson M, Welle-Strand GK. New Approaches in the treatment of opioid dependency during pregnancy. *Heroin Addict Relat Clin Probl* 2009;11(2):47-57.

51. Bakstad B, Sarfi M, Welle-Strand GK, Ravndal E. Opioid maintenance treatment during pregnancy: occurrence and severity of neonatal abstinence syndrome. A national prospective study. *Eur Addict Res* 2009;15(3):128-34.
52. Sarfi M, Martinsen H, Bakstad B, Roislien J, Waal H. Patterns in sleep-wakefulness in three-month old infants exposed to methadone or buprenorphine. *Early Hum Dev* 2009;85(12):773-8.
53. Lund IO, Skurtveit S, Sarfi M, Bakstad B, Welle-Strand GK, Ravndal E. Substance use during and after pregnancy among a national cohort of pregnant women in opioid maintenance treatment and their partners. *J Subs Use* 2011;Epub 24. Aug.
54. Lund IO, Skurtveit S, Sarfi M, Bakstad B, Welle-Strand GK, Ravndal E. A two-year prospective study of psychological distress among a national cohort of pregnant women in opioid maintenance treatment and their partners. *J Subs Use*. Under publisering 2011.
55. Sarfi M, Smith L, Waal H, Sundet JM. Risks and realities: dyadic interaction between 6-month-old infants and their mothers in opioid maintenance treatment. *Infant Behav Dev* 2011;34(4):578-89.
56. Sandtorv L, Reigstad H, Bruaroy S, Elgen I, Laegreid LM. Har legemiddelassistert rehabilitering i svangerskapet konsekvenser for barna? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2009;129(4):287-90.
57. Waaktaar T. Samme risiko - ulikt utfall. Barn av rusmisbrukende foreldre [Nettdokument]. Narvik: forebygging.no [oppdatert 2011; lest 27 Dec 2011]. Tilgjengelig fra: <http://www.forebygging.no/en/Teori/Innsatsomrader/Samme-risiko---ulikt-utfall-Barn-av-rusmisbrukende-foreldre-2011/>
58. Kashiwagi M, Arlettaz R, Lauper U, Zimmermann R, Hebisch G. Methadone maintenance program in a Swiss perinatal center: (I): Management and outcome of 89 pregnancies. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005;84(2):140-4.
59. Fajemirokun-Odudeyi O, Sinha C, Tutty S, Paireudeau P, Armstrong D, Phillips T, et al. Pregnancy outcome in women who use opiates. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2006;126(2):170-5.
60. Kandall SR, Gaines J, Habel L, Davidson G, Jessop D. Relationship of maternal substance abuse to subsequent sudden infant death syndrome in offspring. *J Pediatr* 1993;123(1):120-6.
61. Rosen TS, Johnson HL. Drug-addicted mothers, their infants, and SIDS. *Ann N Y Acad Sci* 1988;533:89-95.
62. Blair PS, Sidebotham P, Evason-Coombe C, Edmonds M, Heckstall-Smith EM, Fleming P. Hazardous cosleeping environments and risk factors amenable to change: case-control study of SIDS in south west England. *BMJ* 2009;339:b3666.

63. Burns L, Conroy E, Mattick RP. Infant mortality among women on a methadone program during pregnancy. *Drug Alcohol Rev* 2010;29(5):551-6.
64. Mulvihill AO, Cackett PD, George ND, Fleck BW. Nystagmus secondary to drug exposure in utero. *Br J Ophthalmol* 2007;91(5):613-5.
65. McGlone L, Mactier H, Hamilton R, Bradnam MS, Boulton R, Borland W, et al. Visual evoked potentials in infants exposed to methadone in utero. *Arch Dis Child* 2008;93(9):784-6.
66. McGlone L, Mactier H, Weaver LT. Drug misuse in pregnancy: losing sight of the baby? *Arch Dis Child* 2009;94(9):708-12.
67. Trommald M. Maintenance treatment and pregnancy. I: Waal H, Haga E, red. Maintenance treatment of heroin addiction. Evidence at the crossroads. Oslo: Cappelen; 2003. s. 243-53.
68. Sande HA, Vold I, Lindemann R, Duckert M. Den gravide rusmiddelbruker. Erfaringer fra Kvinneklivnikken, Ullevål sykehus, i årene 1980-82. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1985;105(32):2315-8.
69. Martens A. Hva skjer med gravide rusmiddelmissbrukere? En etterundersøkelse av 31 mødre. Oslo: Sentralrådet for narkotikaproblemer; 1986. Notatserie nr 3 - 86.
70. Sundfær Aa. Fra rus til mening: en undersøkelse av barna til mødre med tidligere rusproblemer: dagligliv og mestring. Oslo: Barnevernets utviklingssenter; 1992. Rapport 3:1992.
71. Sundfær Aa. Ung og lovende: barna til 31 mødre med rusproblemer i svangerskapet er blitt ungdommer: tredje gangs etterundersøkelse med fokus på utvikling og mestring i familien, skole og fritid. Oslo: Oslo kommune, Barne- og familieetaten Rusmiddeldirektoratet; 1999.
72. Sundfær Aa. 31 kvinner med rusproblemer fikk barn - hvordan gikk det? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001;121(1):73-5.
73. Sundfær Aa. Barna til 31 kvinner med rusproblemer er blitt 20 år. Hvordan har det gått? Oslo: Regionsenter for barne- og ungdomspsykiatri, Helseregion øst + sør Ullevål universitetssykehus; 2004.
74. Sundfær Aa. Voksenliv i lys av foreldrenes rusmisbruk. Oslo: Oslo Univeristetssykehus HF, Klinik for psykisk helse - Barn og ungdom; 2009. Monografiserien 29.
75. Moe V. A prospective, longitudinal study of children prenatally exposed to drugs: prediction and developmental outcome at 4 1/2 years. Oslo: Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo; 2002.
76. Slinning K. A prospective, longitudinal study of children prenatally exposed to substances: With special emphasis on attention and self-regulation. Oslo: Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo; 2003.

77. Slinning K. Foster placed children prenatally exposed to poly-substances--attention-related problems at ages 2 and 4 1/2. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2004;13(1):19-27.
78. Walhovd KB, Moe V, Slinning K, Due-Tønnessen P, Bjørnerud A, Dale AM, et al. Volumetric cerebral characteristics of children exposed to opiates and other substances in utero. *Neuroimage* 2007;36(4):1331-44.
79. Dalen K, Bruaroy S, Wentzel-Larsen T, Laegreid LM. Cognitive functioning in children prenatally exposed to alcohol and psychotropic drugs. *Neuropediatrics* 2009;40(4):162-7.
80. Söderström K. Mental preparation during pregnancy in women with substance addiction: a qualitative interview-study. *Child Fam Soc Work* 2011;Epub 13. sept.
81. Söderström K, Skårderud F. Minding the baby. Mentalization-based treatment in families with parental substance use disorders: Theoretical framework. *Nordic Psychology* 2009;61(3):47-65.
82. Söderström K. Dragkamp mellom håp og fortvilelse: rusavhengige kvinners opplevelse av graviditet og foreldreskap. I: Straand S, red. Samhandling som omsorg: tverrfaglig psykososialt arbeid med barn og unge. Oslo: Kommuneforlaget; 2011. s. 197-219.
83. Söderström K. The Good, the Bad and the Invisible Father. Figures of fatherhood in men with substance use disorders: A phenomenological study. *Fathering*. Under publisering 2012.
84. Metodebok for utarbeidelse av nasjonale retningslinjer. Oslo: Helsedirektoratet; 2009.
85. Hjerkin B, Lindaek M, Rosvold EO. Substance abuse in pregnant women. Experiences from a special child welfare clinic in Norway. *BMC Public Health* 2007;(7):322.
86. Background papers to the National clinical guidelines for the management of drug use during pregnancy, birth and the early development years of the newborn. Sydney: NSW Department of Health; 2006. Tilgjengelig fra: http://www.health.nsw.gov.au/pubs/2006/pdf/bgpapers_drugs_pregnancy.pdf.
87. Bell J, Ali R. National clinical guidelines for the management of drug use during pregnancy, birth and the early development years of the newborn. Sydney: NSW Department of Health; 2006. Tilgjengelig fra: http://www.health.nsw.gov.au/pubs/2006/pdf/ncg_druguse.pdf.
88. Medication-Assisted Treatment For Opioid Addiction In Opioid Treatment Programs. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2008. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 43. Tilgjengelig fra: <http://store.samhsa.gov/product/TIP-43-Medication-Assisted-Treatment-for-Opioid-Addiction-in-Opioid-Treatment-Programs/SMA08-4214>
89. Retningslinjer for svangerskapsomsorgen. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2005. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonalfaglig>

- [retningslinje-for-svangerskapsomsorgen-fullversjon/Publikasjoner/retningslinjer-for-svangerskapsomsorgen.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/retningslinjer-for-svangerskapsomsorgen.pdf).
90. Retningslinjer for svangerskapsomsorgen: kortversjon. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2005. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonalt-faglig-retningslinje-for-svangerskapsomsorgen-kortversjon/Publikasjoner/nasjonalt-faglig-retningslinje-for-svangerskapsomsorgen-kortversjon.pdf>.
 91. Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2007. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale-faglige-retningslinjer-for-oppfolging-av-for-tidlig-fodte-barn/Publikasjoner/nasjonale-faglige-retningslinjer-for-oppfolging-av-for-tidlig-fodte-barn.pdf>.
 92. FNs konvensjon om barnets rettigheter (Barnekonvensjonen). Tilgjengelig fra: <http://www.fn.no/content/download/3957/20111/file/FNs%20konvensjon%20om%20barnets%20rettigheter.pdf>.
 93. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). LOV-1999-07-02-64.
 94. Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven). LOV-1999-07-02-63.
 95. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven). LOV-1999-07-02-61.
 96. Lov om helsetjenesten i kommunene [kommunehelsetjenesteloven]. LOV-1982-11-19-66.
 97. Lov om legemidler m.v. (legemiddeloven). LOV 1992-12-04 nr 132.
 98. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). LOV 2011-06-24 nr 30.
 99. Lov om barneverntjenester (barnevernloven). LOV-1992-07-17-100.
 100. Om helsepersonells rett og plikt til å gi opplysninger til barnevern, politi og sosialtjeneste. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2006.
 101. Forskrift om legemiddelassistert rehabilitering (LAR-forskriften). FOR 2009-12-18 nr 1641.
 102. Et trygt fødetilbud: kvalitetskrav til fødselsomsorgen. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/et-trygt-fodetilbud-kvalitetskrav-til-fodselsomsorgen/Publikasjoner/et-trygt-fodetilbud-kvalitetskrav-til-fodselsomsorgen.pdf>.
 103. Opptappingsplan for rusfeltet: opptappingsplan. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2008. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/Upload/HOD/Dokumenter%20FHA/Opptr.plan.pdf>.

104. Helse- og omsorgsdepartementet. En gledelig begivenhet: om en sammenhengende svangerskap-, fødsel- og barselomsorg. 2009. St. meld. nr. 12 (2008-2009). Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/pages/2152512/PDFS/STM200820090012000DDDPDFS.pdf>
105. Finnegan LP, Amass L, Jones H, Kaltenbach K. Addiction and pregnancy. *Heroin Addict Relat Clin Probl* 2005;7(4):5-21.
106. Welle-Strand GK. Upublisert forskningsmateriale fra Seraf. 2011.
107. Tuten M, Jones HE. A partner's drug-using status impacts women's drug treatment outcome. *Drug Alcohol Depend* 2003;70(3):327-30.
108. Tuten M, Jones HE, Tran G, Svikis DS. Partner violence impacts the psychosocial and psychiatric status of pregnant, drug-dependent women. *Addict Behav* 2004;29(5):1029-34.
109. Velez ML, Montoya ID, Jansson LM, Walters V, Svikis D, Jones HE, et al. Exposure to violence among substance-dependent pregnant women and their children. *J Subst Abuse Treat* 2006;30(1):31-8.
110. Bakken K, Landheim AS, Vaglum P. Axis I and II disorders as long-term predictors of mental distress: a six-year prospective follow-up of substance-dependent patients. *BMC Psychiatry* 2007;7:29.
111. Bakken K, Landheim AS, Vaglum P. Substance-dependent patients with and without social anxiety disorder: occurrence and clinical differences. A study of a consecutive sample of alcohol-dependent and poly-substance-dependent patients treated in two counties in Norway. *Drug Alcohol Depend* 2005;80(3):321-8.
112. Landheim AS, Bakken K, Vaglum P. Impact of comorbid psychiatric disorders on the outcome of substance abusers: a six year prospective follow-up in two Norwegian counties. *BMC Psychiatry* 2006;6:44.
113. Waal H, Helgeland I. Straff, opplæring, oppdragelse og behandling. En integrert modell for ungdom med atferdsvansker. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1989;109(14):1513-6.
114. Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven. FOR 2004-12-23 nr 1837.
115. Individuell plan 2007: veileder til forskrift om individuell plan. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2007.
116. Nolan ML. Aims, processes and problems of antenatal education as identified by three groups of childbirth teachers. *Midwifery* 1997;3(4):179-88.
117. Goodman G, Hans SL, Cox SM. Attachment behavior and its antecedents in offspring born to methadone-maintained women. *J Clin Child Psychol* 1999;28(1):58-69.

118. Velez ML, Jansson LM, Montoya ID, Schweitzer W, Golden A, Svikis D. Parenting knowledge among substance abusing women in treatment. *J Subst Abuse Treat* 2004;27(3):215-22.
119. Hjerkin B, Rosvold EO, Lindbaek M. Neonatal findings among children of substance-abusing women attending a special child welfare clinic in Norway. *Scand J Public Health* 2009;37(7):751-7.
120. Hjerkin B, Lindbaek M, Skogmo I, Rosvold EO. Neuropsychological screening of children of substance-abusing women attending a Special Child Welfare Clinic in Norway. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2010;5:17.
121. Day K, Porter A, Clarke A, Allen D, Moselhy H, Copello A. Drug misuse in pregnancy: the impact of a specialist treatment service. *Psychiatri Bull* 2003;27(3):99-101.
122. Tiltak overfor gravide rusmiddelmissbrukere. Oslo: Sosial- og helsedepartementet og Barne- og familiedepartementet; 1995.
123. Carroll KM, Chang G, Behr H, Clinton B. Improving treatment outcome in pregnant, methadone-maintained women: Results from a randomized clinical trial. *Am J Addict* 1995;4(1):-59.
124. Chang G, Carroll KM, Behr HM, Kosten TR. Improving treatment outcome in pregnant opiate-dependent women. *J Subst Abuse Treat* 1992;9(4):327-30.
125. Giles W, Patterson T, Sanders F, Batey R, Thomas D, Collins J. Outpatient methadone programme for pregnant heroin using women. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1989;29(3 Pt 1):225-9.
126. Burns L, Mattick RP, Lim K, Wallace C. Methadone in pregnancy: treatment retention and neonatal outcomes. *Addiction* 2007;102(2):264-70.
127. Edelin KC, Gurganious L, Golar K, Oellerich D, Kyei-Aboagye K, Adel HM. Methadone maintenance in pregnancy: consequences to care and outcome. *Obstet Gynecol* 1988;71(3 Pt 1):399-404.
128. Kandall SR, Doberczak TM, Jantunen M, Stein J. The methadone-maintained pregnancy. *Clin Perinatol* 1999;26(1):173-83.
129. Haug K, Irgens LM, Skjaerven R, Markestad T, Baste V, Schreuder P. Maternal smoking and birthweight: effect modification of period, maternal age and paternal smoking. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000;79(6):485-9.
130. Waal H, Clausen T, Håseth A, Lillevold P. Siste år med gamle retningslinjer: statusrapport 2009. Oslo: Senter for rus- og avhengighetsforskning; 2010. Seraf rapport 1/2010. Tilgjengelig fra: <http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2010/SERAF-rapport-nr-1-2010-Statusrapport-2009-revidert.pdf>

131. Eskild A, Samdal HH, Skaug K, Jeansson S, Stray-Pedersen B, Jenum PA. Hepatitt C-virus blant gravide kvinner i Norge--forekomst av antistoffer og svangerskapsutfall. Tidsskr Nor Lægeforen 2000;120(9):1006-8.
132. Samdal HH, Blystad H, Eskild A, Fjaerli HO, Nordbo SA, Stray-Pedersen B, et al. Hepatitt C-virusinfeksjon hos gravide og barn i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 2000;120(9):1047-50.
133. Rojahn A, Wathne KO. Hepatitt C hos barn--diagnostikk, oppfølging og behandling. Tidsskr Nor Lægeforen 2002;122(20):1985-8.
134. Wejstal R, Hermodsson S, Iwarson S, Norkrans G. Mother to infant transmission of hepatitis C virus infection. J Med Virol 1990;30(3):178-80.
135. Beasley RP, Trepo C, Stevens CE, Szmuness W. The e antigen and vertical transmission of hepatitis B surface antigen. Am J Epidemiol 1977;105(2):94-8.
136. Sehgal A, Sehgal R, Gupta I, Bhakoo ON, Ganguly NK. Use of hepatitis B vaccine alone or in combination with hepatitis B immunoglobulin for immunoprophylaxis of perinatal hepatitis B infection. J Trop Pediatr 1992;38:247-51.
137. Blystad H. Smittevernhandbok for kommunehelsetjenesten 2002-2003. Oslo: Statens folkehelseinstitutt; 2001. Smittevern h. 5.
138. Krook AL, Stokka D, Heger B, Nygaard E. Hepatitis C treatment of opioid dependants receiving maintenance treatment: results of a Norwegian pilot study. Eur Addict Res 2007;13(4):216-21.
139. Utviklingsstrategi for jordmortjenesten: tjenestekvalitet og kapasitet. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/utviklingsstrategi-for-jordmortjenesten-tjenestekvalitet-og-kapasitet/Publikasjoner/utviklingsstrategi-for-jordmortjenesten-tjenestekvalitet-og-kapasitet.pdf>.
140. Jarvis MA, Wu-Pong S, Kniseley JS, Schnoll SH. Alterations in methadone metabolism during late pregnancy. J Addict Dis 1999;18(4):51-61.
141. Drozdick J, III, Berghella V, Hill M, Kaltenbach K. Methadone trough levels in pregnancy. Am J Obstet Gynecol 2002;187(5):1184-8.
142. Pond SM, Kreek MJ, Tong TG, Raghunath J, Benowitz NL. Altered methadone pharmacokinetics in methadone-maintained pregnant women. J Pharmacol Exp Ther 1985;233(1):1-6.
143. Kreek MJ. Methadone disposition during the perinatal period in humans. Pharmacol Biochem Behav 1979;11 Suppl:7-13.
144. Verebely K, Volavka J, Mule S, Resnick R. Methadone in man: pharmacokinetic and excretion studies in acute and chronic treatment. Clin Pharmacol Ther 1975;18(2):180-90.

145. Wolff K, Boys A, Rostami-Hodjegan A, Hay A, Raistrick D. Changes to methadone clearance during pregnancy. *Eur J Clin Pharmacol* 2011;61(10):763-8.
146. DePetrillo PB, Rice JM. Methadone dosing and pregnancy: impact on program compliance. *Int J Addict* 1995;30(2):207-17.
147. Wittmann BK, Segal S. A comparison of the effects of single- and split-dose methadone administration on the fetus: ultrasound evaluation. *Int J Addict* 1991;26(2):213-8.
148. Jansson LM, Dipietro JA, Velez M, Elko A, Knauer H, Kivlighan KT. Maternal methadone dosing schedule and fetal neurobehaviour. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2009;22(1):29-35.
149. Jones HE, Johnson RE, Jasinski DR, O'Grady KE, Chisholm CA, Choo RE, et al. Buprenorphine versus methadone in the treatment of pregnant opioid-dependent patients: Effects on the neonatal abstinence syndrome. *Drug Alcohol Depend* 2005;79(1):1-10.
150. Johnson RE, Jones HE, Jasinski DR, Svikis DS, Haug NA, Jansson LM, et al. Buprenorphine treatment of pregnant opioid-dependent women: Maternal and neonatal outcomes. *Drug Alcohol Depend* 2001;63(1):97-103.
151. Lacroix I, Berrebi A, Chaumerliac C, Lapeyre-Mestre M, Montastruc JL, Damase-Michel C. Buprenorphine in pregnant opioid-dependent women: first results of a prospective study. *Addiction* 2004;99(2):209-14.
152. Johnson RE, Jones HE, Fischer G. Use of buprenorphine in pregnancy: patient management and effects on the neonate. *Drug Alcohol Depend* 2003;70(2 Suppl):S87-101.
153. Jones HE, Johnson RE, Jasinski DR, Milio L. Randomized controlled study transitioning opioid-dependent pregnant women from short-acting morphine to buprenorphine or methadone. *Drug Alcohol Depend* 2005;78(1):33-8.
154. Unger A, Jagsch R, Jones H, Arria A, Leitich H, Rohrmeister K, et al. Randomized controlled trials in pregnancy: scientific and ethical aspects. Exposure to different opioid medications during pregnancy in an intra-individual comparison. *Addiction* 2011;106(7):1355-62.
155. Ramirez-Cacho WA, Flores S, Schrader RM, McKay J, Rayburn WF. Effect of chronic maternal methadone therapy on intrapartum fetal heart rate patterns. *J Soc Gynecol Investig* 2006;13(2):108-11.
156. Anyaegbunam A, Tran T, Jadali D, Randolph G, Mikhail MS. Assessment of fetal well-being in methadone-maintained pregnancies: abnormal nonstress tests. *Gynecol Obstet Invest* 1997;43(1):25-8.
157. Jansson LM, Dipietro J, Elko A. Fetal response to maternal methadone administration. *Am J Obstet Gynecol* 2005;193(3 Pt 1):611-7.

158. Richardson BS, O'Grady JP, Olsen GD. Fetal breathing movements and the response to carbon dioxide in patients on methadone maintenance. *Am J Obstet Gynecol* 1984;150(4):400-5.
159. Wouldes TA, Roberts AB, Pryor JE, Bagnall C, Gunn TR. The effect of methadone treatment on the quantity and quality of human fetal movement. *Neurotoxicol Teratol* 2004;26(1):23-34.
160. Schmid M, Kuessel L, Klein K, Metz V, Fischer G, Krampfl-Bettelheim E. First-trimester fetal heart rate in mothers with opioid addiction. *Addiction* 2010;105(7):1265-8.
161. Whitham JN, Spurrier NJ, Sawyer MG, Baghurst PA, Taplin JE, White JM, et al. The effects of prenatal exposure to buprenorphine or methadone on infant visual evoked potentials. *Neurotoxicol Teratol* 2010;32(2):280-8.
162. Jones HE, Suess P, Jasinski DR, Johnson RE. Transferring methadone-stabilized pregnant patients to buprenorphine using an immediate release morphine transition: an open-label exploratory study. *Am J Addict* 2006;15(1):61-70.
163. Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård: vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007. Tilgjengelig fra: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8933/2007-102-1_20071021_rev.pdf.
164. Guidance No. 42 on Medical Treatment of Drug Abusers in Substitution Treatment for Opioid Dependence. København: Sundhedsstyrelsen; 2008. Tilgjengelig fra: http://www.sst.dk/publ/Publ2008/EFT/Substitbehl_en/Guide_Substtreatm_Drugabuse.pdf.
165. Berghella V, Lim PJ, Hill MK, Cherpes J, Chennat J, Kaltenbach K. Maternal methadone dose and neonatal withdrawal. *Am J Obstet Gynecol* 2003;189(2):312-7.
166. McCarthy JJ, Leamon MH, Parr MS, Anania B. High-dose methadone maintenance in pregnancy: maternal and neonatal outcomes. *Am J Obstet Gynecol* 2005;193(3 Pt 1):606-10.
167. Mack G, Thomas D, Giles W, Buchanan N. Methadone levels and neonatal withdrawal. *J Paediatr Child Health* 1991;27(2):96-100.
168. Rosen TS, Pippenger CE. Pharmacologic observations on the neonatal withdrawal syndrome. *J Pediatr* 1976;88(6):1044-8.
169. Brown HL, Britton KA, Mahaffey D, Brizendine E, Hiatt AK, Turnquest MA. Methadone maintenance in pregnancy: a reappraisal. *Am J Obstet Gynecol* 1998;179(2):459-63.
170. Seligman NS, Almario CV, Hayes EJ, Dysart KC, Berghella V, Baxter JK. Relationship between maternal methadone dose at delivery and neonatal abstinence syndrome. *J Pediatr* 2010;157(3):428-33, 433.

171. Pizarro D, Habli M, Grier M, Bombrys A, Sibai B, Livingston J. Higher maternal doses of methadone does not increase neonatal abstinence syndrome. *J Subst Abuse Treat* 2011;40(3):295-8.
172. Kandall SR, Doberczak TM, Mauer KR, Strashun RH, Korts DC. Opiate v CNS depressant therapy in neonatal drug abstinence syndrome. *Am J Dis Child* 1983;137(4):378-82.
173. Malpas TJ, Darlow BA, Lennox R, Horwood LJ. Maternal methadone dosage and neonatal withdrawal. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1995;35(2):175-7.
174. Harper RG, Solish G, Feingold E, Gersten-Woolf NB, Sokal MM. Maternal ingested methadone, body fluid methadone, and the neonatal withdrawal syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 1977;129(4):417-24.
175. Doberczak TM, Kandall SR, Friedmann P. Relationship between maternal methadone dosage, maternal-neonatal methadone levels, and neonatal withdrawal. *Obstet Gynecol* 1993;81(6):936-40.
176. Mayes LC, Carroll KM. Neonatal withdrawal syndrome in infants exposed to cocaine and methadone. *Subst Use Misuse* 1996;31(2):241-53.
177. Dashe JS, Sheffield JS, Olscher DA, Todd SJ, Jackson GL, Wendel GD, Jr. Relationship between maternal methadone dosage and neonatal withdrawal. *Obstet Gynecol* 2002;100(6):1244-9.
178. Lim S, Prasad MR, Samuels P, Gardner DK, Cordero L. High-dose methadone in pregnant women and its effect on duration of neonatal abstinence syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 2009;200(1):70-5.
179. Dryden C, Young D, Hepburn M, Mactier H. Maternal methadone use in pregnancy: factors associated with the development of neonatal abstinence syndrome and implications for healthcare resources. *BJOG* 2009;116(5):665-71.
180. Wouldes TA, Woodward LJ. Maternal methadone dose during pregnancy and infant clinical outcome. *Neurotoxicol Teratol* 2010;32(3):406-13.
181. Cleary BJ, Donnelly JM, Strawbridge JD, Gallagher PJ, Fahey T, White MJ, et al. Methadone and perinatal outcomes: a retrospective cohort study. *Am J Obstet Gynecol* 2011;204(2):139.
182. Cleary BJ, Donnelly J, Strawbridge J, Gallagher PJ, Fahey T, Clarke M, et al. Methadone dose and neonatal abstinence syndrome-systematic review and meta-analysis. *Addiction* 2010;105(12):2071-84.
183. Gray TR, Choo RE, Concheiro M, Williams E, Elko A, Jansson LM, et al. Prenatal methadone exposure, meconium biomarker concentrations and neonatal abstinence syndrome. *Addiction* 2010;105(12):2151-9.

184. Velez ML, Jansson LM, Schroeder J, Williams E. Prenatal methadone exposure and neonatal neurobehavioral functioning. *Pediatr Res* 2009;66(6):704-9.
185. Doberczak TM, Thornton JC, Bernstein J, Kandall SR. Impact of maternal drug dependency on birth weight and head circumference of offspring. *Am J Dis Child* 1987;141(11):1163-7.
186. Kandall SR, Albin S, Lowinson J, Berle B, Eidelman AI, Gartner LM. Differential effects of maternal heroin and methadone use on birthweight. *Pediatrics* 1976;58(5):681-5.
187. Lifschitz MH, Wilson GS, Smith EO, Desmond MM. Fetal and postnatal growth of children born to narcotic-dependent women. *J Pediatr* 1983;102(5):686-91.
188. Hulse GK, Milne E, English DR, Holman CD. The relationship between maternal use of heroin and methadone and infant birth weight. *Addiction* 1997;92(11):1571-9.
189. Lund LK, Vik T, Skranes J, Brubakk AM, Indredavik MS. Psychiatric morbidity in two low birth weight groups assessed by diagnostic interview in young adulthood. *Acta Paediatr* 2011;100(4):598-604.
190. Blinick G, Wallach RC, Jerez E. Pregnancy in narcotics addicts treated by medical withdrawal. The methadone detoxification program. *Am J Obstet Gynecol* 1969;105(7):997-1003.
191. Luty J, Nikolaou V, Bearn J. Is opiate detoxification unsafe in pregnancy? *J Subst Abuse Treat* 2003;24(4):363-7.
192. Newman RG. Letter to editor: Is opiate detoxification unsafe in pregnancy? *J Subst Abuse Treat* 2004;26(2):65-6.
193. Dashe JS, Jackson GL, Olscher DA, Zane EH, Wendel GD, Jr. Opioid detoxification in pregnancy. *Obstet Gynecol* 1998;92(5):854-8.
194. Jones HE, O'Grady KE, Malfi D, Tuten M. Methadone maintenance vs. methadone taper during pregnancy: maternal and neonatal outcomes. *Am J Addict* 2008;17(5):372-86.
195. Strauss ME, Starr RH, Ostrea EM, Chavez CJ, Stryker JC. Behavioural concomitants of prenatal addiction to narcotics. *J Pediatr* 1976;89(5):842-6.
196. Blinick G, Wallach RC, Jerez E, Ackerman BD. Drug addiction in pregnancy and the neonate. *Am J Obstet Gynecol* 1976;125(2):135-42.
197. McCarthy JE, Siney C, Shaw NJ, Ruben SM. Outcome predictors in pregnant opiate and polydrug users. *Eur J Pediatr* 1999;158(9):748-9.
198. Eklund C. Withdrawal from methadone maintenance treatment in Sweden [doktoravhandling]. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis; 1996.

199. Clausen T, Anchersen K, Waal H. Mortality prior to, during and after opioid maintenance treatment (OMT): A national prospective cross-registry study. *Drug Alcohol Depend* 2008;94:151-7.
200. Kvalitetsrutiner ved rusmiddeltesting av prøver i medisinsk sammenheng. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2002. Rundskriv IS-13/2002.
201. Kvalitetskrav til rutiner for rusmiddeltesting, hvor positivt analysesvar kan danne grunnlag for iverksetting av alvorlige sanksjoner. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2002. Rundskriv IS-14/2002.
202. Cleary BJ, Butt H, Strawbridge JD, Gallagher PJ, Fahey T, Murphy DJ. Medication use in early pregnancy-prevalence and determinants of use in a prospective cohort of women. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2010;19(4):408-17.
203. Lintzeris N, Nielsen S. Benzodiazepines, methadone and buprenorphine: interactions and clinical management. *Am J Addict* 2010;19(1):59-72.
204. Legemidler og svangerskap: beroligende medisiner kan være farlig for fosteret [Nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 18 Apr 2011; lest 29 Dec 2011]. Tilgjengelig fra: http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5565&MainArea_5661=5565:0:15,2336:1:0:0:::0:0&MainLeft_5565=5544:54688::1:5567:12:::0:0
205. Alkohol og graviditet: hva er farlig for fosteret? hvordan forebygge og behandle? Rapport fra en ekspertgruppe. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2005. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/alkohol-og-graviditet/Publikasjoner/alkohol-og-graviditet.pdf>.
206. Alvik A, Heyerdahl S, Haldorsen T, Lindemann R. Alcohol use before and during pregnancy: a population-based study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006;85(11):1292-8.
207. Alvik A, Haldorsen T, Lindemann R. Alcohol consumption, smoking and breastfeeding in the first six months after delivery. *Acta Paediatr* 2006;95(6):686-93.
208. Alvik A, Haldorsen T, Groholt B, Lindemann R. Alcohol consumption before and during pregnancy comparing concurrent and retrospective reports. *Alcohol Clin Exp Res* 2006;30(3):510-5.
209. Alvik A, Haldorsen T, Lindemann R. Consistency of reported alcohol use by pregnant women: anonymous versus confidential questionnaires with item nonresponse differences. *Alcohol Clin Exp Res* 2005;29(8):1444-9.
210. Russell M, Martier SS, Sokol RJ, Mudar P, Bottoms S, Jacobson S, et al. Screening for pregnancy risk-drinking. *Alcohol Clin Exp Res* 1994;18(5):1156-61.
211. Burns E, Gray R, Smith LA. Brief screening questionnaires to identify problem drinking during pregnancy: a systematic review. *Addiction* 2010;105(4):601-14.

212. TWEAK (med tilleggsspørsmål). Oslo: Helsedirektoratet; 2011. TWEAK spørreskjema oversatt til norsk av Alvik A. og Ueland T. Tilgjengelig fra: <http://www.helsebiblioteket.no/attachment/108221>
213. Arlettaz R, Kashiwagi M, Das-Kundu S, Fauchere JC, Lang A, Bucher HU. Methadone maintenance program in pregnancy in a Swiss perinatal center (II): neonatal outcome and social resources. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005;84(2):145-50.
214. Ebner N, Rohrmeister K, Winklbaur B, Baewert A, Jagsch R, Peternell A, et al. Management of neonatal abstinence syndrome in neonates born to opioid maintained women. *Drug Alcohol Depend* 2007;87(2-3):131-8.
215. Dybing E, Sanner T. Passive smoking, sudden infant death syndrome (SIDS) and childhood infections. *Hum Exp Toxicol* 1999;18(4):202-5.
216. Lumley J, Chamberlain C, Dowswell T, Oliver S, Oakley L, Watson L. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(3):CD001055.
217. Choo RE, Huestis MA, Schroeder JR, Shin AS, Jones HE. Neonatal abstinence syndrome in methadone-exposed infants is altered by level of prenatal tobacco exposure. *Drug Alcohol Depend* 2004;75(3):253-60.
218. Stene-Larsen K, Borge AI, Vollrath ME. Maternal smoking in pregnancy and externalizing behavior in 18-month-old children: results from a population-based prospective study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009;48(3):283-9.
219. Ortendahl M, Nasman P. Factors affecting continuation of smoking by pregnant and nonpregnant women. *Subst Abus* 2009;30(2):150-7.
220. Nasjonal faglig retningslinje for røykeavvenning i primærhelsetjenesten. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2004. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retning-for-roykeavvenning-i-primerhelsetjenesten/Publikasjoner/nasjonal-faglig-retning-for-roykeavvenning-i-primerhelsetjenesten.pdf>.
221. Steiro A, Smedslund G, Hammerstrøm KT. Tiltak for å redusere røyking, spesielt i grupper med lav sosioøkonomisk status. Oslo: Kunnskapssenteret; 2007. Rapport fra Kunnskapssenteret 13 - 2007. Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/926.cms>
222. Sæterdal I, Ringerike T, Odegaard-Jensen J, Harboe I, Hagen G, Reikvam A, et al. Legemidler til røykeslutt. Oslo: Kunnskapssenteret; 2010. Rapport fra Kunnskapssenteret 8 - 2010. Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/9188.cms>
223. Lai DT, Cahill K, Qin Y, Tang JL. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(1):CD006936.
224. Coleman T, Chamberlain C, Cooper S, Leonardi-Bee J. Efficacy and safety of nicotine

- replacement therapy for smoking cessation in pregnancy: systematic review and meta-analysis. *Addiction* 2011;106(1):52-61.
225. Chisolm MS, Brigham EP, Lookatch SJ, Tuten M, Strain EC, Jones HE. Cigarette smoking knowledge, attitudes, and practices of patients and staff at a perinatal substance abuse treatment center. *J Subst Abuse Treat* 2010;39(3):298-305.
226. Sagbakken M, Vik M. Røykesluttprogram for gravide. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2004. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/roykesluttprogram-for-gravide/Publicasjoner/roykesluttprogram-for-gravide.pdf>.
227. Haug K, Aaro LE, Fugelli P. Pregnancy--a golden opportunity for promoting the cessation of smoking? *Scand J Prim Health Care* 1994;12(3):184-9.
228. Eriksen W, Sorum K, Bruusgaard D. Is there an increased lability in parents' smoking behaviour after a childbirth? *Scand J Prim Health Care* 1996;14(2):86-91.
229. Å snakke om endring: kommunikasjonsverktøy for helsepersonell som jobber med røykeslutt. Oslo: Helsedirektoratet; 2009. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/a-snakke-om-endring-kommunikasjonsverktoy-for-helsepersonell-som-jobber-med-roykeslutt/Publicasjoner/a-snakke-om-endring-kommunikasjonsverktoy-for-helsepersonell-som-jobber-med-roykeslutt.pdf>.
230. Terplan M, Lui S. Psychosocial interventions for pregnant women in outpatient illicit drug treatment programs compared to other interventions. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(4):CD006037.
231. Simmat-Durand L, Lejeune C, Gourarier L. Pregnancy under high-dose buprenorphine. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2009;142(2):119-23.
232. Fitzsimons HE, Tuten M, Vaidya V, Jones HE. Mood disorders affect drug treatment success of drug-dependent pregnant women. *J Subst Abuse Treat* 2007;32(1):19-25.
233. Tuten M, Jones HE, Svikis DS. Comparing homeless and domiciled pregnant substance dependent women on psychosocial characteristics and treatment outcomes. *Drug Alcohol Depend* 2003;69(1):95-9.
234. Moylan PL, Jones HE, Haug NA, Kissin WB, Svikis DS. Clinical and psychosocial characteristics of substance-dependent pregnant women with and without PTSD. *Addict Behav* 2001;26(3):469-74.
235. Grencavage LM, Norcross J. Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional Psychology Research and Practice* 1990;21(5):372-8.
236. Hubble MA, Duncan BL, Miller SD, red. The heart & soul of change: what works in therapy? Washington, D.C.: American Psychological Association; 1999.

237. Lambert MJ. Implications of outcome research for psychotherapy integration. I: Norcross J, Gombas W, red. Handbook of psychotherapy integration. New York: Basic books; 1992. s. 94-129.
238. Sundet R. Brukerperspektivet og den terapeutiske relasjon - betydninger for terapeutisk arbeid. I: Ulvestad AK, Henriksen AK, Tuseth A-G, Fjeldstad T, red. Klienten - den glemte terapeut: brukerstyring i psykisk helsearbeid. Oslo: Gyldendal; 2007. s. 312-27.
239. Daley M, Argeriou M, McCarty D. Substance abuse treatment for pregnant women: a window of opportunity? *Addict Behav* 1998;23(2):239-49.
240. Brooner RK, Kidorf MS, King VL, Stoller KB, Peirce JM, Bigelow GE, et al. Behavioral contingencies improve counseling attendance in an adaptive treatment model. *J Subst Abuse Treat* 2004;27(3):223-32.
241. Veileder for vurdering av henvisning til tverrfaglig spesialisert behandling. Oslo: Helsedirektoratet; 2008. Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/vurdering-av-henvisninger-til-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-/Publikasjoner/vurdering-av-henvisninger-til-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-konvertert.pdf>.
242. Distriktspsykiatriske sentre: med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2006.
243. Lundeberg IR, Mjåland K, Søvig KH, Nilssen E, Ravneberg B. Tvang overfor rusmiddelavhengige: evaluering av Lov om sosiale tjenester §§ 6-2, 6-2a og 6-3. Bergen: Uni Rokkansenteret, Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier; 2010. Rapport 2-2010. Tilgjengelig fra: http://rokkan.uni.no/rPub/files/269_Rapport_2-2010_Lundeberg,_Mjaland,_Sovig,_Nilssen_og_Ravneberg.pdf
244. Almario CV, Seligman NS, Dysart KC, Berghella V, Baxter JK. Risk factors for preterm birth among opiate-addicted gravid women in a methadone treatment program. *Am J Obstet Gynecol* 2009;201(3):326.
245. Alford DP, Compton P, Samet JH. Acute pain management for patients receiving maintenance methadone or buprenorphine therapy. *Ann Intern Med* 2006;144(2):127-34.
246. Mehta V, Langford RM. Acute pain management for opioid dependent patients. *Anaesthesia* 2006;61(3):269-76.
247. Meyer M, Wagner K, Benvenuto A, Plante D, Howard D. Intrapartum and postpartum analgesia for women maintained on methadone during pregnancy. *Obstet Gynecol* 2007;110(2 Pt 1):261-6.
248. Jones HE, O'Grady K, Dahne J, Johnson R, Lemoine L, Milio L, et al. Management of acute postpartum pain in patients maintained on methadone or buprenorphine during pregnancy. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2009;35(3):151-6.

249. Finnegan LP, Connaughton JF, Jr., Kron RE, Emich JP. Neonatal abstinence syndrome: assessment and management. *Addict Dis* 1975;2(1-2):141-58.
250. Levy M, Spino M. Neonatal withdrawal syndrome: associated drugs and pharmacologic management. *Pharmacotherapy* 1993;13(3):202-11.
251. Binder T, Vavrinkova B. Prospective randomised comparative study of the effect of buprenorphine, methadone and heroin on the course of pregnancy, birthweight of newborns, early postpartum adaptation and course of the neonatal abstinence syndrome (NAS) in women followed up in the outpatient department. *Neuro Endocrinol Lett* 2008;29(1):80-6.
252. American Academy of Pediatrics Committee on Drugs. Neonatal drug withdrawal. *Pediatrics* 1998;101(6):1079-88.
253. Quick ZL, Robb MP, Woodward LJ. Acoustic cry characteristics of infants exposed to methadone during pregnancy. *Acta Paediatr* 2009;98(1):74-9.
254. Kaltenbach K, Finnegan LP. Neonatal abstinence syndrome, pharmacotherapy and developmental outcome. *Neurobehav Toxicol Teratol* 1986;8(4):353-5.
255. Kuschel CA, Austerberry L, Cornwell M, Couch R, Rowley RS. Can methadone concentrations predict the severity of withdrawal in infants at risk of neonatal abstinence syndrome? *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2004;89(5):F390-F393.
256. Jansson LM, Dipietro JA, Elko A, Velez M. Maternal vagal tone change in response to methadone is associated with neonatal abstinence syndrome severity in exposed neonates. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2007;20(9):677-85.
257. Seligman NS, Salva N, Hayes EJ, Dysart KC, Pequignot EC, Baxter JK. Predicting length of treatment for neonatal abstinence syndrome in methadone-exposed neonates. *Am J Obstet Gynecol* 2008;199(4):396-7.
258. Rohrmeister K, Bernert G, Langer M, Fischer G, Weninger M, Pollak A. Opiatabhängigkeit in der Schwangerschaft - Konsequenzen für das Neugeborene1 - Ergebnisse eines interdisziplinären Betreuungsmodells. *Z Geburtshilfe Neonatol* 2001;205(6):224-30.
259. Doberczak TM, Kandall SR, Wilets I. Neonatal opiate abstinence syndrome in term and preterm infants. *J Pediatr* 1991;118(6):933-7.
260. Dysart K, Hsieh HC, Kaltenbach K, Greenspan JS. Sequela of preterm versus term infants born to mothers on a methadone maintenance program: differential course of neonatal abstinence syndrome. *J Perinat Med* 2007;35(4):344-6.
261. Johnson K, Greenough A, Gerada C. Maternal drug use and length of neonatal unit stay. *Addiction* 2003;98(6):785-9.

262. Jones HE, Harrow C, O'Grady KE, Crocetti M, Jansson LM, Kaltenbach K. Neonatal abstinence scores in opioid-exposed and nonexposed neonates: a blinded comparison. *J Opioid Manag* 2010;6(6):409-13.
263. Crocetti MT, Amin DD, Jansson LM. Variability in the evaluation and management of opiate-exposed newborns in Maryland. *Clin Pediatr (Phila)* 2007;46(7):632-5.
264. Sarkar S, Donn SM. Management of neonatal abstinence syndrome in neonatal intensive care units: a national survey. *J Perinatol* 2006;26(1):15-7.
265. Lipsitz PJ. A proposed narcotic withdrawal score for use with newborn infants. A pragmatic evaluation of its efficacy. *Clin Pediatr (Phila)* 1975;14(6):592-4.
266. Jones HE, O'Grady KE, Johnson RE, Velez M, Jansson LM. Infant neurobehavior following prenatal exposure to methadone or buprenorphine: results from the neonatal intensive care unit network neurobehavioral scale. *Subst Use Misuse* 2010;45(13):2244-57.
267. Osborn DA, Jeffery HE, Cole MJ. Sedatives for opiate withdrawal in newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(10):CD002053.
268. Osborn DA, Jeffery HE, Cole MJ. Opiate treatment for opiate withdrawal in newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(10):CD002059.
269. Langenfeld S, Birkenfeld L, Herkenrath P, Muller C, Hellmich M, Theisohn M. Therapy of the neonatal abstinence syndrome with tincture of opium or morphine drops. *Drug Alcohol Depend* 2005;77(1):31-6.
270. Kuschel C. Managing drug withdrawal in the newborn infant. *Semin Fetal Neonatal Med* 2007;12(2):127-33.
271. Finnegan L. Management of maternal and neonatal substance abuse problems. *NIDA Res Monogr* 1988;90:177-82.
272. Velez M, Jansson LM. The Opioid dependent mother and newborn dyad: non-pharmacologic care. *J Addict Med* 2008;2(3):113-20.
273. Wachman EM, Byun J, Philipp BL. Breastfeeding rates among mothers of infants with neonatal abstinence syndrome. *Breastfeed Med* 2010;5(4):159-64.
274. Kron RE, Litt M, Eng D, Phoenix MD, Finnegan LP. Neonatal narcotic abstinence: Effects of pharmacotherapeutic agents and maternal drug usage on nutritive sucking behavior. *J Pediatr* 1976;88(4 Pt 1):637-41.
275. Jansson LM, Choo RE, Harrow C, Velez M, Schroeder JR, Lowe R, et al. Concentrations of methadone in breast milk and plasma in the immediate perinatal period. *J Hum Lact* 2007;23(2):184-90.

276. Jansson LM, Choo R, Velez ML, Harrow C, Schroeder JR, Shakleya DM, et al. Methadone maintenance and breastfeeding in the neonatal period. *Pediatrics* 2008;121(1):106-14.
277. Lindemalm S, Nydert P, Svensson JO, Stahle L, Sarman I. Transfer of buprenorphine into breast milk and calculation of infant drug dose. *J Hum Lact* 2009;25(2):199-205.
278. Moss N, Hval M, Hellerud A, Petersen I. Samspillsveileder: styrking av samspill mellom premature barn og deres foreldre basert på NIDCAP-prinsippene og Vermont-programmet. Drammen: Sykehuset Buskerud HF; 2007.
279. Killén K. Risiko - omsorgssvikt - samspill - tilknytning: opplæring og metodeutvikling: rapport til Helsedirektoratet og Kompetansesenter rus - region sør, Borgestadklinikken. Skien og Oslo: Kompetansesenter rus - region sør, Borgestadklinikken Blå kors forl.; 2011.
280. Killén K. Risiko - omsorgssvikt - samspill - tilknytning: opplærings- og utviklingsarbeid i behandling av foreldre-barn med rus- og psykiske problemer og andre alvorlige psykososiale belastninger. Skien og Oslo: Kompetansesenter rus - region sør, Borgestadklinikken Blå kors forl.; 2010.
281. Söderström K. Tidlig intervensjon overfor små barn i psykososial risiko. I: Strand S, red. Samhandling som omsorg: tverrfaglig psykososialt arbeid med barn og unge. Oslo: Kommuneforlaget; 2011. s. 158-75.
282. Jones HE, Johnson RE, O'Grady KE, Jasinski DR, Tuten M, Milio L. Dosing adjustments in postpartum patients maintained on buprenorphine or methadone. *J Addict Med* 2008;2(2):103-7.
283. McGlade A, Ware R, Crawford M. Child protection outcomes for infants of substance-using mothers: a matched-cohort study. *Pediatrics* 2009;124(1):285-93.
284. Hans SL. Developmental consequences of prenatal exposure to methadone. *Ann N Y Acad Sci* 1989;562:195-207.
285. Hviding K. Kartleggingsverktøy og instrumenter for tidlig avdekking av utviklings-, atferds- og psykososiale vansker hos barn 0-6 år. Oslo: Kunnskapssenteret; 2005. Rapport fra Kunnskapssenteret 10-2005. Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/1198.cms>
286. Nelson LB, Ehrlich S, Calhoun JH, Matteucci T, Finnegan LP. Occurrence of strabismus in infants born to drug-dependent women. *Am J Dis Child* 1987;141(2):175-8.
287. Hamilton R, McGlone L, MacKinnon JR, Russell HC, Bradnam MS, Mactier H. Ophthalmic, clinical and visual electrophysiological findings in children born to mothers prescribed substitute methadone in pregnancy. *Br J Ophthalmol* 2010;94(6):696-700.
288. Forskrift om pasientjournal. FOR 2000-12-21 nr 1385.

289. Kunnskapsdepartementet. Kvalitet i barnehagen. St.meld. nr 41 (2008-2009). Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/pages/2197014/PDFS/STM200820090041000DDDPDFS.pdf>
290. Fordelingsutvalget. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning; 2009. NOU 2009:10. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/pages/2185274/PDFS/NOU200920090010000DDDPDFS.pdf>
291. Elgen I, Bruaroy S, Laegreid LM. Complexity of foetal alcohol or drug neuroimpairments. *Acta Paediatr* 2007;96(12):1730-3.
292. Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge. Oslo: Helsedirektoratet; 2008. Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/psykisk-helsevern-for-barn-og-unge-veileder-for-poliklinikker/Publikasjoner/psykisk-helsevern-for-barn-og-unge-veileder-for-poliklinikker.pdf>.
293. Hansen MB, Jacobsen H. Sped- og småbarn i risiko: en kunnskapsstatus. Oslo: Regionsenter for barn og unges psykiske helse. Helseregion Øst og Sør; 2008. Tilgjengelig fra: [http://www.r-bup.no/CMS/CMSpublish.nsf/BA82C070A47CA97EC12574F9003DCCC7/\\$file/Tiltak42.pdf](http://www.r-bup.no/CMS/CMSpublish.nsf/BA82C070A47CA97EC12574F9003DCCC7/$file/Tiltak42.pdf).
294. Sandbæk M, red. Familiers inntekt og barns levekår over tid. Oslo: Nova; 2008. Nova rapport 7/08. Tilgjengelig fra: http://www.nova.no/asset/3379/1/3379_1.pdf
295. Li L, Levine B, Smialek JE. Fatal methadone poisoning in children: Maryland 1992-1996. *Subst Use Misuse* 2000;35(9):1141-8.
296. Boyer EW, McCance-Katz EF, Marcus S. Methadone and buprenorphine toxicity in children. *Am J Addict* 2009;19(1):89-95.
297. Eyler FD, Behnke M. Early development of infants exposed to drugs prenatally. *Clin Perinatol* 1999;26(1):107-50, vii.
298. Hunt RW, Tzioumi D, Collins E, Jeffery HE. Adverse neurodevelopmental outcome of infants exposed to opiate in-utero. *Early Hum Dev* 2008;84(1):29-35.
299. Marcus J, Hans SL, Jeremy RJ. Differential motor and state functioning in newborns of women on methadone. *Neurobehav Toxicol Teratol* 1982;4(4):459-62.
300. Marcus J, Hans SL, Jeremy RJ. Patterns of 1-day and 4-month motor functioning in infants of women on methadone. *Neurobehav Toxicol Teratol* 1982;4(4):473-6.
301. Bernstein V, Jeremy RJ, Hans SL, Marcus J. A longitudinal study of offspring born to methadone-maintained women. II. Dyadic interaction and infant behavior at 4 months. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1984;10(2):161-93.
302. Jeremy RJ, Bernstein VJ. Dyads at risk: methadone-maintained women and their four-month-old infants. *Child Dev* 1984;55(4):1141-54.

303. Bernstein VJ, Hans SL. Predicting the development outcome of two-year-old children born exposed to methadone: Impact of social-environmental risk factors. *J Clin Child Psychol* 1994;23:349-59.
304. Schneider JW, Hans SL. Effects of prenatal exposure to opioids on focused attention in toddlers during free play. *J Dev Behav Pediatr* 1996;17(4):240-7.
305. Hans SL, Jeremy RJ. Postneonatal mental and motor development of infants exposed in utero to opioid drugs. *Infant Ment Health J* 2001;22(3):300-15.
306. Goodman G, Hans SL, Bernstein VJ. Mother expectation of bother and infant attachment behaviors of mother and child communication at 24 months in children of methadone-maintained women. *Infant Ment Health J* 2005;26(6):549-69.
307. Finnegan LP, Reeser DS, Connaughton JF, Jr. The effects of maternal drug dependence on neonatal mortality. *Drug Alcohol Depend* 1977;2(2):131-40.
308. Kaltenbach K, Finnegan LP. Perinatal and developmental outcome of infants exposed to methadone in-utero. *NIDA Res Monogr* 1987;76:276.
309. Kaltenbach K, Finnegan LP. Children exposed to methadone in utero. Assessment of developmental and cognitive ability. *Ann N Y Acad Sci* 1989;360-2.
310. Rosen TS, Johnson HL. Children of methadone-maintained mothers: follow-up to 18 months of age. *J Pediatr* 1982;101(2):192-6.
311. Johnson HL, Rosen TS. Prenatal methadone exposure: effects on behavior in early infancy. *Pediatr Pharmacol (New York)* 1982;2(2):113-20.
312. Rosen TS, Johnson HL. Long-term effects of prenatal methadone maintenance. *NIDA Res Monogr* 1985;59:73-83.
313. Johnson HL, Glassman MB, Fiks KB, Rosen TS. Resilient children: individual differences in developmental outcome of children born to drug abusers. *J Genet Psychol* 1990;151(4):523-39.
314. Strauss ME, Andresko M, Stryker JC, Wardell JN. Relationship of neonatal withdrawal to maternal methadone dose. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1976;3(2):339-45.
315. Strauss ME, Lessen-Firestone JK, Chavez CJ, Stryker JC. Children of methadone-treated women at five years of age. *Pharmacol Biochem Behav* 1979;11 Suppl:3-6.
316. Wilson GS, Desmond MM, Wait RB. Follow-up of methadone-treated and untreated narcotic-dependent women and their infants: health, developmental, and social implications. *J Pediatr* 1981;98(5):716-22.
317. Lifschitz MH, Wilson GS, Smith EO, Desmond MM. Factors affecting head growth and intellectual function in children of drug addicts. *Pediatrics* 1985;75(2):269-74.

318. Wilson GS. Clinical studies of infants and children exposed prenatally to heroin. *Ann N Y Acad Sci* 1989;562:183-94.
319. Chasnoff IJ, Hatcher R, Burns WJ. Polydrug- and methadone-addicted newborns: a continuum of impairment? *Pediatrics* 1982;70(2):210-3.
320. Chasnoff IJ, Burns KA, Burns WJ, Schnoll SH. Prenatal drug exposure: effects on neonatal and infant growth and development. *Neurobehav Toxicol Teratol* 1986;8(4):357-62.
321. de Cubas MM, Field T. Children of methadone-dependent women: developmental outcomes. *Am J Orthopsychiatry* 1993;63(2):266-76.
322. van Baar AL, Fleury P, Soepatmi S, Ultee CA, Wesselman PJ. Neonatal behavior after drug dependent pregnancy. *Arch Dis Child* 1989;64(2):235-40.
323. van Baar AL, Fleury P, Ultee CA. Behaviour in first year after drug dependent pregnancy. *Arch Dis Child* 1989;64(2):241-5.
324. Burns EC, O'Driscoll M, Wason G. The health and development of children whose mothers are on methadone maintenance. *Child Abuse Rev* 1996;5(2):113-22.
325. Lester BM. The Maternal Lifestyles Study. *Ann N Y Acad Sci* 1998;846:296-305.
326. Lester BM, Tronick EZ, Lagasse L, Seifer R, Bauer CR, Shankaran S, et al. The maternal lifestyle study: effects of substance exposure during pregnancy on neurodevelopmental outcome in 1-month-old infants. *Pediatrics* 2002;110(6):1182-92.
327. Messinger DS, Bauer CR, Das A, Seifer R, Lester BM, LaGasse LL, et al. The maternal lifestyle study: cognitive, motor, and behavioral outcomes of cocaine-exposed and opiate-exposed infants through three years of age. *Pediatrics* 2004;113(6):1677-85.
328. Sheinkopf SJ, Lester BM, LaGasse LL, Seifer R, Bauer CR, Shankaran S, et al. Interactions between maternal characteristics and neonatal behavior in the prediction of parenting stress and perception of infant temperament. *J Pediatr Psychol* 2006;31(1):27-40.
329. Shankaran S, Lester BM, Das A, Bauer CR, Bada HS, Lagasse L, et al. Impact of maternal substance use during pregnancy on childhood outcome. *Semin Fetal Neonatal Med* 2007;12(2):143-50.
330. Bagner DM, Sheinkopf SJ, Miller-Loncar C, LaGasse LL, Lester BM, Liu J, et al. The effect of parenting stress on child behavior problems in high-risk children with prenatal drug exposure. *Child Psychiatry Hum Dev* 2009;40(1):73-84.
331. Stone KC, High PC, Miller-Loncar CL, LaGasse LL, Lester BM. Longitudinal study of maternal report of sleep problems in children with prenatal exposure to cocaine and other drugs. *Behav Sleep Med* 2009;7(4):196-207.

332. Whitaker TM, Bada HS, Bann CM, Shankaran S, Lagasse L, Lester BM, et al. Serial Pediatric Symptom Checklist Screening in Children With Prenatal Drug Exposure. *J Dev Behav Pediatr* 2011;32(3):206-15.
333. Stone KC, LaGasse LL, Lester BM, Shankaran S, Bada HS, Bauer CR, et al. Sleep problems in children with prenatal substance exposure: the Maternal Lifestyle study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2010;164(5):452-6.
334. Lester BM, Miller RJ, Hawes K, Salisbury A, Bigsby R, Sullivan MC, et al. Infant neurobehavioral development. *Semin Perinatol* 2011;35(1):8-19.
335. Lester BM, LaGasse LL. Children of addicted women. *J Addict Dis* 2010;29(2):259-76.
336. Hulse GK, Milne E, English DR, Holman CD. Assessing the relationship between maternal opiate use and neonatal mortality. *Addiction* 1998;93(4):1033-42.

Faglige retningslinjer utarbeides innenfor områder der Helsedirektoratet mener at en retningslinje er egnet til å forbedre kvaliteten på tjenesten. Det kan være behov for en faglig retningslinje når det er påvist for dårlig standard, stor variasjon i praksis og urimelig ressursfordeling. Faglige retningslinjer utarbeides etter en fast metode der det legges vekt på oppdatert faglig kunnskap, åpenhet, tverrfaglighet og brukervedvirkning. Begrepet retningslinjer brukes også om retningslinjer utgitt med hjemmel i forskrift, disse retningslinjene kategoriseres ikke som nasjonale faglige retningslinjer.

Anbefalinger om prevensjon og familieplanlegging, legemiddelvalg og legemiddeldoser er revidert i 2019. Se reviderte anbefalinger på www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/gravide-i-lar

Helsedirektoratet
Pb. 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo
Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no