

Tilbakemeldingsskjema**Ekstern høring Nasjonal faglig retningslinje for LAR gravid – Tre anbefalinger**

Frist for innspill: Mandag 20. mai

Tilbakemelding:

- Vær vennlig å gi tilbakemelding på vedlagte skjema
- Høringssvar merkes med saksnummer 19/6246, og sendes til postmottak@helsedir.no

Skjemaet brukes til:

Kommentarer knyttet til bestemte anbefalinger og eventuelle andre kommentarer

<i>Arbeidsted / Organisasjon:</i>	Barneombudet
<i>Navn:</i>	Barneombudet

	Kommentarer
--	--------------------

	Kommentarer
<p>«Om retningslinjen»</p>	<p>Barneombudet mener at «føre var»-prinsippet ikke er tilstrekkelig vektlagt for at hensynet til barnets beste (jfr. FNs barnekonvensjon artikkel 3) blir ivaretatt på en forsvarlig måte. Metadon og buprenorfin er syntetiske opioider. Det er dokumentert at opioider har uheldige virkninger på foster, og potensielt svært alvorlige langtidseffekter for barnet. Barneombudet kan derfor ikke støtte Helsedirektoratets anbefalinger om å opprettholde metadon eller buprenorfin under graviditet. Barneombudet mener at: 1) kvinner i fertil alder må bruke langtidsvirkende prevensjon for å motta LAR-behandling, 2) kvinner i LAR-behandling som ønsker å bli gravide, må få hjelp til å gå av medisiner først, og 3) dersom kvinner blir gravide i LAR-behandling må de få hjelp til å trappe ned LAR-behandlingen.</p>
<p>Anbefaling 1</p>	
<p>Veiledning om bruk av prevensjon bør være del av helsetjenestens oppfølging av kvinner i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) i fertil alder. Bruk av prevensjonsmiddel anbefales ved oppstart i LAR, til rusfrihet og stabil livssituasjon er oppnådd.</p>	<p>Barneombudet mener kvinner i fertil alder må bruke langtidsvirkende prevensjon for å motta LAR-behandling.</p> <p>Barneombudet mener videre at kvinner i LAR-behandling som ønsker å bli gravide, må få hjelp til å gå av LAR-medikamenter først.</p>

	Kommentarer
Nøkkelinformasjon	
Begrunnelse	<p>Risikoen for ikke planlagt graviditet øker når kvinnen kommer i LAR-behandling, og anses å være særlig høy i den første perioden etter oppstart av behandlingen. Noe av årsaken til dette er at mange opioidavhengige kvinner utenfor LAR mister menstruasjon og fertilitet, men får dette tilbake når livsbetingelsene stabiliseres med LAR-behandlingen. Dette skjer ofte raskere enn kvinnen forventer. Svangerskapet er således ofte ikke planlagt og kommer kanskje på et tidspunkt i kvinnens liv hvor hun ikke har de beste forutsetningene for å ivareta barnets behov. Barnelegeforeningen har mottatt upubliserte tall fra Agder, Hordaland og Haugesundsregionen, som tilsier at om lag 50-70 % av barn født av mødre i LAR etter noen år ikke lenger er under mødrenes omsorg. Ved å stille krav om bruk av langtidsprevensjon ved oppstart og videre behandling i LAR, vil risikoen for ikke planlagt graviditet reduseres. Det gjør det også mulig for kvinnen å planlegge et eventuelt svangerskap til et tidspunkt hvor hun er bedre rustet til å bli mor.</p> <p>Helsedirektoratet har konkludert med at det ikke kan gis pålegg om bruk av prevensjon. Barneombudet stiller seg undrende til denne konklusjonen, ettersom vi er kjent med at det i dag er tilnærmet et krav om langtidsvirkende prevensjon ved forskrivning av andre legemidler med potensiell og/eller uavklart fosterskadelig effekt (eks. medikamentell behandling ved epilepsi, acne m.m.).</p> <p>«Føre var» - prinsippet når det gjelder gravide, ser for øvrig ut til å være bedre ivaretatt på områder som f.eks. alkohol. Her er den statlige anbefalingen «totalavhold» ettersom vi ikke vet hva som er en trygg nedre grense. Det fremstår da som et paradoks at helsemyndighetene ikke anbefaler langtidsvirkende prevensjon gjennom hele LAR-behandlingen, men kun i oppstarten.</p> <p>I de tilfeller hvor kvinnen i LAR-behandling planlegger å forsøke å bli gravid, bør hun få medisinsk og sosialfaglig støtte å trappe helt ned før svangerskapet starter. Dette pga. risikoen for skadevirkninger for barnet på kort og lang sikt (se begrunnelse under</p>

	Kommentarer
	anbefaling 3 under).
<i>Praktisk informasjon</i>	
Anbefaling 2	
Kvinner i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) i fertil alder bør bruke det substitusjonslegemiddelet som etter individuell vurdering gir best behandlingseffekt. Ved ukjent eller erfart likeverdig behandlingseffekt, bør buprenorfin foretrekkes.	Ingen kommentar.
<i>Nøkkelinformasjon</i>	
<i>Begrunnelse</i>	

	Kommentarer
Anbefaling 3	
Gravide i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) som i samråd med LAR-lege vurderer det riktig å redusere dosen bør gjøre det, under forsvarlig oppfølging. Gravide i LAR som i samråd med LAR-lege vurderer det riktig å forbli på samme dose bør gjøre det	Barneombudet mener at dersom kvinner blir gravide i LAR-behandling må de få hjelp til å trappe ned LAR-behandlingen.
<i>Nøkkelinformasjon</i>	
<i>Begrunnelse</i>	Gravides bruk av LAR-medikamenter påvirker fosteret og gir det abstinenser og potensielle senskader. Mange av barna får motoriske og nevrologiske senskader ¹ . Erfaringer fra praksisfeltet viser at flertallet av nyfødte barn av mødre som har brukt LAR-medikamenter under svangerskapet, får store og langvarige abstinenser etter fødsel. Barna takler blant annet ikke berøring og sliter med amming. Det mangler i dag dokumentasjon på at LAR-medikamenter i svangerskapet ikke også skader barnet på lengere sikt. Barneombudet mener derfor det er all grunn til å la «føre-var» prinsippet

	Kommentarer
	<p>veie tyngst når kvinner i LAR-behandling blir gravide. Barneombudet mener retningslinjene må ha et tydelig mål om nedtrapping.</p> <p>Barneombudet mener at en i Norge har gode forutsetninger for få til en medisinsk forsvarlig nedtrapping, med tett oppfølging av lege, jordmor, sosialtjenester og spesialisthelsetjenesten. Tett oppfølging av gravide i LAR-behandling for å redusere medikamentene og beskytte barnet, må prioriteres høyt.</p>
Andre kommentarer:	

ⁱ Kognijnenberg, Carolien, A prospective study of the cognitive development of children prenatally exposed to opioid maintenance treatment (OMT), 2013. Hamilton R, McGlone L, MacKinnon JR, Russel HC, Bradnam MS, Mactier H, Ophthalmic, clinical and visual electrophysiological findings in children born to mothers prescribed substitute methadone in pregnancy, i: Br J Ophthalmol 2010)