
Neonatalt abstinenssyndrom blant nyfødte barn av mødre i legemiddelassistert rehabilitering

KORT RAPPORT

MARIA ANDENES*

Det medisinske fakultet
Universitetet i Bergen

Hun har bidratt med utforming av prosjektet, datainnsamling, tolkning av data og utarbeiding og revisjon av manus.

Maria Andenes er medisinstudent.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

EVA SÆVOLD*

esaevold@gmail.com

Det medisinske fakultet
Universitetet i Bergen

Hun har bidratt med utforming av prosjektet, datainnsamling, tolkning av data og utarbeiding og revisjon av manus.

Eva Sævold er medisinstudent.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

SILJA TORVIK GRIFFITHS

Barne- og ungdomsklinikken
Haukeland universitetssjukehus

Hun har vært veileder og bidratt med prosjektidé, litteratursøk og revisjon av manus.

Silja Torvik Griffiths er ph.d., spesialist i barnesykdommer og overlege.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

EIVIND SIRNES

Barne- og ungdomsklinikken
Haukeland universitetssjukehus

Han har vært veileder og bidratt med prosjektidé, litteratursøk og revisjon av manus.

Eivind Sirnes er ph.d., spesialist i barnesykdommer og overlege.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

*Maria Andenes og Eva Sævold har bidratt i like stor grad til denne artikkelen.

BAKGRUNN

De siste årene har bruk av legemiddelassistert rehabilitering (LAR) under graviditet skapt mye debatt i aktuelle fagmiljøer. En hyppig forekommende konsekvens av slik behandling er neonatal abstinenssyndrom hos det nyfødte barnet. Formålet med studien var å undersøke om oppfølgingen av de nyfødte barna ble gjort i tråd med nasjonale anbefalinger.

MATERIALE OG METODE

Alle fødeavdelinger i Norge ble spurt om de behandlet nyfødte barn av mødre i legemiddelassistert rehabilitering. 14 av 42 fødeavdelinger behandlet pasientgruppen i samarbeid med nyfødtavdeling, mens 28 avdelinger henviste pasientene videre. 13 av de 14 behandlende avdelingene besvarte et spørreskjema der vi kartla hvordan de nyfødte barna ble ivaretatt.

RESULTATER

Ingen sykehus behandlet flere enn ti nyfødte med risiko for neonatal abstinenssyndrom årlig. Alle nyfødtavdelinger brukte et standardisert skåringsskjema for vurdering av abstinensutvikling. Ved behov for medikamentell behandling var morfin førstevalget hos samtlige. Alle brukte ikke-medikamentelle tiltak. Observasjonstid, rutiner for nedtrapping av medikamentell behandling og bruk av tilleggsmedikasjon varierte betydelig mellom avdelingene.

FORTOLKNING

Sentrale punkter i håndtering av nyfødte barn av mødre i legemiddelassistert rehabilitering ble praktisert likt og i tråd med nasjonale anbefalinger. Samtidig avdekket vi ulikheter mellom sykehusene som til sammen utgjør et forbedringspotensial i behandlingen av en sårbar pasientgruppe.

Hovedfunn

Hovedtrekkene i behandlingen av nyfødte med risiko for å utvikle neonatal abstinenssyndrom var like på landsbasis.

Førstevalg av medikamentell behandling var morfin ved alle sykehus, mens rutiner for nedtrapping og bruk av tilleggsmedikasjon varierte.

Behandlingen var ikke sentralisert slik det er anbefalt i nasjonal retningslinje.

En økende andel opiatavhengige i Norge behandles i dag i legemiddelassistert rehabilitering med substitusjon med metadon eller buprenorfin [\(1\)](#). Årlig fødes 30–60 barn av kvinner som har fått slik behandling under graviditet [\(2\)](#). Substitusjonsbehandling har vist seg å redusere forbruk av opioider, redusere dødelighet og forbedre livskvalitet [\(3\)](#). Utvikling av neonatal abstinenssyndrom hos den nyfødte er på kort sikt den mest åpenbare negative konsekvensen av legemiddelassistert rehabilitering under graviditet. I en norsk studie av barn eksponert for metadon eller buprenorfin utviklet henholdsvis 58 % og 67 % behandlingstrengende neonatal abstinenssyndrom [\(4\)](#). Helsedirektoratet ferdigstilte i 2011 *Nasjonal retningslinje for gravide i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder*, med anbefalinger for overvåking, behandling og oppfølging av den nyfødte [\(\(2\)](#), s.

81–97). Pasientgruppen er liten, og erfaringen med å håndtere problemstillingen er begrenset. Formålet med vår studie var å kartlegge i hvilken grad anbefalinger i retningslinjen følges, og å peke på eventuelle forskjeller som utgangspunkt for et styrket behandlingstilbud.

Materiale og metode

I januar 2019 ble det innhentet kontaktinformasjon til samtlige fødeavdelinger i Norge (5). Jordmorstyrte fødestuer ble utelatt. Alle avdelinger ble spurt om hvorvidt avdelingen tok imot fødende kvinner i legemiddelassistert rehabilitering, alternativt hvor pasientgruppen ble henvist. Samtlige 42 fødeavdelinger svarte. 14 sykehus (7 sykehus i Helse Sør-Øst, 3 i Helse Vest, 2 i Helse Nord og 2 i Helse Midt-Norge) behandlet pasientgruppen selv, og kontaktperson på nyfødtavdelingen ved disse sykehusene mottok et spørreskjema (se appendiks). Spørreskjemaet omhandlet årlig antall nyfødte med risiko for abstinensutvikling, observasjonsrutiner inkludert bruk av skåringsskjema, ikke-medikamentelle tiltak og rutiner for medikamentell behandling inkludert medikamentvalg og nedtrappingsregime. 13 av 14 sykehus besvarte undersøkelsen, via åtte overleger og fem spesialsykepleiere.

Data ble innhentet i perioden januar–oktober 2019. Alle innhentede opplysninger er basert på avdelingenes rapporterte retningslinjer. Studien inneholder ingen person- eller pasientrelaterte opplysninger, og sykehusnavn er anonymisert. Godkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) eller personvernombud var derfor ikke nødvendig.

Resultater

Hovedresultatene fra studien er presentert i tabell 1 og 2. Alle sykehusene brukte et standardisert skåringsskjema (Finnegan- (6) eller modifisert Lipsitz-skjema (7)) for å vurdere tegn til abstinens, men variasjonen i hyppighet av skåring og minimumstid for observasjon var stor. Alle oppga at medikamentell behandling ble iverksatt ved tre skåringer på rad med skår ≥ 8 , to skåringer på rad med skår ≥ 12 eller én skåring med skår ≥ 17 . Ett av sykehusene skilte seg ut ved å vektlegge kliniske kriterier som ernæringssituasjon og effekt av ikke-medikamentelle tiltak i tillegg til abstinensskår. Morfinmikstur var førstevalg ved alle sykehus ved behov for medikamentell behandling. Fire sykehus oppga at det kun ble brukt morfin, og de resterende supplerte med klorpromazin, klonidin eller fenobarbital ved behov. Det var klare forskjeller når det gjaldt nedtrappingskriterier og tidsintervaller for dosereduksjon (tabell 2). Mens 10 % reduksjon av startdose hver tredje dag var tilnærmingen ved syv av tolv sykehus (manglende svar fra ett sykehus), reduserte de resterende fem hyppigere eller med større doseendringer og seponerte dermed morfinbehandlingen raskere, forutsatt at det ikke oppstod økende abstinestegn underveis. Ikke-medikamentelle tiltak som skjerming med begrensede stimuli ble benyttet ved alle sykehusene. Noen anga også bruk av kenguru-teknikk og reiring, hyppig amming, tilførsel av ekstra kalorier og begrensningsmengden helsepersonell som håndterte barnet. Alle sykehus svarte at mødre i legemiddelassistert rehabilitering ble oppfordret til å amme, med mindre det forelå kontraindikasjoner.

Tabell 1

Svar på spørsmål om antall barn årlig og observasjonsrutiner inkludert bruk av skåringsskjema fra spørreskjema besvart av 13 av totalt 14 sykehusavdelinger som behandlet nyfødte barn av mødre i legemiddelassistert rehabilitering i Norge i 2019.

	Antall nyfødte per år med risiko for neonatalt abstinenssyndrom	Antall nyfødte per år med neonatalt abstinenssyndrom	Observasjonstid i døgn for utvikling av abstinenssymptomer	Skåringsskjema og antall skåringer per døgn	Skårers profesjon
Sykehus 1	5–10	5–7	5–7	Finnegan, 6–8	Sykepleier
Sykehus 2	4–6	1–3	> 3	Finnegan, > 3	Sykepleier, helsefagarbeider
Sykehus 3	6–8	6–8	> 6–7	Finnegan, > 6	Sykepleier
Sykehus 4	2–3	0–3	3–7	Finnegan, > 8	Sykepleier
Sykehus 5	3–5	2–3	> 7	Finnegan, 3–4	Sykepleier
Sykehus 6	4–6	2–3	> 7	Finnegan, 8	Sykepleier
Sykehus 7	0–2	0–1	10	Lipsitz Score Tool, modifisert, 3	Sykepleier
Sykehus 8	1–3	1–2	7–10	Finnegan, > 6	Sykepleier, lege
Sykehus 9	< 1	< 1	7	Finnegan, 6–8	Sykepleier
Sykehus 10	Ikke oppgitt	Ikke oppgitt	7	Finnegan, > 6	Sykepleier
Sykehus 11	0–3	Ikke oppgitt	> 7	Finnegan, 6–8	Sykepleier
Sykehus 12	2–4	Ikke oppgitt	> 7	Finnegan, 2	Sykepleier, lege
Sykehus 13	0–1	Ikke oppgitt	> 7	Finnegan, 3–5	Sykepleier
Sykehus 14	Ikke besvart	-	-	-	-

Tabell 2

Svar på spørsmål om rutiner for nedtrapping av medikamentell behandling ved neonatalt abstinenssyndrom fra spørreskjema besvart av 13 av totalt 14 sykehusavdelinger som behandlet nyfødte barn av mødre i legemiddelassistert rehabilitering i Norge i 2019.

	Oppstart nedtrapping	Dosereduksjon og hyppighet	Observasjonstid i døgn etter avsluttet medikamentell behandling
Sykehus 1	Stabil skår < 8 i 2–4 døgn	10 %, hvert 3. døgn	Minimum 3
Sykehus 2	Ikke oppgitt	10 %, hvert 3. døgn	Individuell vurdering
Sykehus 3	Når barnet kan roes fysisk	10–20 %, daglig	3–4
Sykehus 4	Stabil skår < 8 i 2 døgn	Ikke oppgitt	Minimum 2
Sykehus 5	Stabil skår i 2 døgn	10 %, hvert 3. døgn	1–2, individuell vurdering
Sykehus 6	Stabil lav skår i 2 døgn	10 %, hvert 1.–3. døgn	2–4
Sykehus 7	Stabil skår < 8 i 2 døgn	10 %, hvert 2. døgn	1–2
Sykehus 8	Stabil skår i 2 døgn	10 %, hvert 2.–3. døgn	2–3
Sykehus 9	Stabil skår < 8 i 2 døgn	10 %, hvert 3. døgn	Individuell vurdering
Sykehus 10	Stabil skår < 8 i 2 døgn	10 %, hvert 3. døgn	Individuell vurdering

	Oppstart nedtrapping	Dosereduksjon og hyppighet	Observasjonstid i døgn etter avsluttet medikamentell behandling
Sykehus 11	Stabil skår < 8 i 2 døgn	10 %, hvert 3. døgn	1–3, individuell vurdering
Sykehus 12	Ikke oppgitt	Maksimalt 10 %, daglig	1–2
Sykehus 13	Stabil skår i 2 døgn	10 %, hvert 3. døgn	Opptil 7, individuell vurdering
Sykehus 14	Ikke besvart	-	-

Diskusjon

I tråd med nasjonal retningslinje fødte alle kvinner i legemiddelassistert rehabilitering på fødeavdeling ved sykehus med tilhørende nyfødtavdeling (2). Sentralisering av kompetanse, ved at kun et fåtall sykehus i hver helseregion behandler disse kvinnene, var derimot ikke praktisert som anbefalt (2).

All skåring av abstinestegn ble utført av helsepersonell, men av ulike profesjoner, noe som kan ha bidratt til forskjeller i skåringen. Vi fant store ulikheter i hyppighet av skåring og observasjonstid. Man kan spørre seg hvorvidt abstinens noen steder kan oppstå etter avsluttet observasjonstid eller mellom lange observasjonsintervaller. Andre steder kan liggetiden være unødvendig lang for de barna som aldri opplever abstinenssymptomer.

Morfin som førstevalg ved medikamentell behandling, kriterier for behandlingsstart og gradvis dosereduksjon ved avtakende abstinestegn var i tråd med retningslinjens anbefalinger (2), s. 88). En markant forskjell mellom sykehusene var nedtrappingsregimet for morfin samt bruken av tilleggsmedikasjon. Balansegangen mellom raskest mulig nedtrapping for å unngå overbehandling og samtidig sikre god symptomlindring, synes å være vanskelig. Klorpromazin er i retningslinjen anbefalt som tilleggsbehandling ved utilstrekkelig effekt av morfin ((2), s. 81). Fenobarbital og klonidin ble også rapportert brukt i vår kartlegging. Flere nyere internasjonale studier antyder at langtidsvirkende opioider i form av metadon eller buprenorfin kan ha fordeler sammenlignet med morfin ((8, 9), men generelt er kunnskapsgrunnlaget, både for valg av opioid og adjuvant medikamentell behandling, fortsatt svært begrenset (8, 10).

Ikke-medikamentell behandling er nevnt i retningslinjen, men uten konkrete anbefalinger (2), s. 87). Samtlige sykehus rapporterte bruk av ikke-medikamentelle tiltak for å roe barn med abstinenssymptomer, noe som ser ut til å kunne redusere behovet for medikamentell behandling, selv om forskning på området er begrenset ((11).

En viktig styrke ved studien er at 13 av 14 aktuelle sykehusavdelinger svarte på undersøkelsen, noe som gir grunnlag for å uttale seg om behandlingen av pasientgruppen på nasjonalt nivå. Bruk av spørreskjema fanger imidlertid kun opp etterspurte data. Nyanser og individuelle vurderinger vil ikke alltid komme fram, og det kan forekomme hukommelsesbias. Det kan derfor være forskjeller mellom rapportert praksis og faktisk praksis ved de ulike avdelingene. Vi antar likevel at svarene i stor grad representerer avdelingenes rutiner.

Konklusjon

Hovedtrekkene i behandlingen var lik over hele landet, og i tråd med retningslinjen, men både observasjonstid, skåringsintervaller, nedtrappingsregime og bruk av tilleggsmedikasjon varierte mellom sykehusene, og utgjør – sammen med manglende sentralisering – et forbedringspotensial i behandlingen av nyfødte barn av mødre i legemiddelassistert

Artikkelen er fagfellevurdert.

LITTERATUR

1. Waal H, Bussesund K, Clausen T et al. LAR i rusreformenes tid. SERAF-rapport 1/2019. Oslo: Senter for rus- og avhengighetsforskning, 2019. <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/nasjonal-kompetansetjeneste-for-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-tsb/Documents/seraf-rapport-nr-1-2019-statusrapport-2018%20%281%29.pdf> Lest 20.11.2020.
2. Nasjonal retningslinje for gravide i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder. Oslo: Helsedirektoratet, 2011. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/gravide-i-lar> Lest 20.11.2020.
3. Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet. IS-1701. Oslo: Helsedirektoratet, 2010. [https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/legemiddelassistert-rehabilitering-lar-ved-opioidavhengighet/Legemiddelassistert%20rehabilitering%20\(LAR\)%20ved%20opioidavhengighet%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf/_/attachment/inline/62e9bd41-0e5c-4fee-84dc-fd0deebe3c93:357f2ad4147fd531e79b8030b24d8a126f4c4826/Legemiddelassistert%20rehabilitering%20\(LAR\)%20ved%20opioidavhengighet%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/legemiddelassistert-rehabilitering-lar-ved-opioidavhengighet/Legemiddelassistert%20rehabilitering%20(LAR)%20ved%20opioidavhengighet%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf/_/attachment/inline/62e9bd41-0e5c-4fee-84dc-fd0deebe3c93:357f2ad4147fd531e79b8030b24d8a126f4c4826/Legemiddelassistert%20rehabilitering%20(LAR)%20ved%20opioidavhengighet%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf) Lest 20.11.2020.
4. Bakstad B, Sarfi M, Welle-Strand GK et al. Opioid maintenance treatment during pregnancy: occurrence and severity of neonatal abstinence syndrome. A national prospective study. *Eur Addict Res* 2009; 15: 128–34. [PubMed][CrossRef]
5. Helsenorge.no. Velg behandlingssted. <https://helsenorge.no/velg-behandlingssted> Lest 15.1.2019.
6. Finnegan LP, Connaughton JF, Kron RE et al. Neonatal abstinence syndrome: assessment and management. *Addict Dis* 1975; 2: 141–58. [PubMed]
7. Lipsitz PJ. A proposed narcotic withdrawal score for use with newborn infants. A pragmatic evaluation of its efficacy. *Clin Pediatr (Phila)* 1975; 14: 592–4. [PubMed][CrossRef]
8. Disher T, Gullickson C, Singh B et al. Pharmacological treatments for neonatal abstinence syndrome: A systematic review and network meta-analysis. *JAMA Pediatr* 2019; 173: 234–43. [PubMed][CrossRef]
9. Davis JM, Shenberger J, Terrin N et al. Comparison of safety and efficacy of methadone vs morphine for treatment of neonatal abstinence syndrome: A randomized clinical trial. *JAMA Pediatr* 2018; 172: 741–8. [PubMed][CrossRef]
10. Osborn DA, Jeffery HE, Cole MJ. Sedatives for opiate withdrawal in newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; nr. 10: CD002053. [PubMed][CrossRef]
11. Ryan G, Dooley J, Gerber Finn L et al. Nonpharmacological management of neonatal abstinence syndrome: a review of the literature. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2019; 32: 1735–40. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 11. januar 2021. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.20.0292

Mottatt 1.4.2020, første revisjon innsendt 6.8.2020, godkjent 20.11.2020.

Publisert under åpen tilgang CC BY-ND. Lastet ned fra tidsskriftet.no 13. september 2026.