

Alkohol, røyking, og rusmiddel/legemiddelmisbruk

Marte Jettestad (overlege, Fødeavdeling) marte.jettestad@helse-bergen.no, HUS

Jorid Eide (jordmor) OUS-Ullevål

Hedvig Nordeng (farmakolog), professor Farmasøytisk institutt, UiO

Anbefalinger

Alkohol:

Vi *anbefaler* total avholdenhet fra alkohol i svangerskapet. Følgende retningslinjer gjelder i Norge¹:

1. En svanger kvinne bør ikke drikke alkohol.
2. En svanger kvinne som allerede har drukket alkohol i svangerskapet bør stoppe for å minimalisere videre risiko.
3. En kvinne som planlegger å bli gravid bør ikke drikke alkohol.

Vi *anbefaler* at kartleggingen av kvinnens alkoholvaner skjer ved første svangerskapskonsultasjon. (II)

Vi *anbefaler* at gravide bør få informasjon om farer ved alkoholbruk i svangerskapet som en del av livsstilssamtalen i begynnelsen av svangerskapet. (II)

Vi *foreslår* bruk av screeningsverktøyet TWEAK for å kartlegge bruk av alkohol hos gravide. (IV)

Vi *foreslår* bruk måling av serum fosfatidyl etanol (PEth) for å avdekke alkoholinntak ved mistanke om alkoholmisbruk, og for å motivere hos kvinner med alkoholmisbruk til alkoholavhold. (IV)

Røyking:

Vi *anbefaler* kartleggingen av tobakksvaner (inkludert bruk av snus og el-sigaretter) ved første svangerskapskonsultasjon. (IV)

Vi *anbefaler* at gravide gis informasjon om fordeler ved røykeslutt i svangerskapet. Det bør informeres om relevante røykeslutttilbud (røykesluttkurs og slutta.no). (IV)

Vi *anbefaler* at gravide gis informasjon om at røyking og bruk av snus i svangerskapet gir helserisiko for både fosteret og mor. (III)

Vi *anbefaler* at nikotinlegemidler kan brukes av gravide etter legevurdering. Dersom bruk av nikotinerstatningspreparater er en forutsetning for å oppnå røyke-slutt, anses dette som mindre skadelig for mor og barn enn at kvinnen fortsetter å røyke. (III)

Rus- og legemiddelmisbruk:

Vi *anbefaler* kartlegging av rusmiddelbruk/legemiddelmisbruk ved første svangerskapskonsultasjon. (III)

Vi *anbefaler* at gravide med rusmisbruk/legemiddelbruk gis et tilbud som ivaretar både kvinnens behandlings- og oppfølgingsbehov og det ufødte/nyfødte barnet. Den gravide bør følges av flere instanser samtidig. (IV)

Vi *anbefaler* at nedtrapping av vanedannende legemidler skjer i samråd med lege i henhold til nasjonale anbefalinger. (IV)

Gravide i substitusjonsbehandling (Legemiddelassistert rehabilitering; LAR):

Vi *anbefaler* at opioidavhengige gravide kvinner i LAR kan fortsette med substitusjonsbehandlingen i svangerskapet. (III)

Vi *anbefaler* at ved evt. dosereduksjon av substitusjonsbehandlingen, bør gravide LAR-brukere med sidemisbruk av andre rusmidler trappe ned disse først. (IV)

For kvinner som ikke tar imot relevante hjelpetiltak og der alkoholinntaket er av en slik art at det er overveiende sannsynlig at barnet blir født med skade, kommer *Helse- og omsorgstjenesteloven* om tilbakeholdelse av gravide rusmiddelmissbrukere til anvendelse.

Søkestrategi

Pyramidesøk Mc Master plus, Up to date, PubMed, National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), Cochrane Database, Royal College of Obstetricians & Gynecologists (RCOG). Eksisterende norske retningslinjer. Vitenskapelig dokumentasjon er mangelfull og det er ingen store randomiserte kontrollerte studier. Anbefalingene bygger i stor grad på observasjonsstudier i tillegg til norske retningslinjer og klinisk erfaring.

Søkeord for app versjonen: Alkohol, tobakk, røyk, snus, el-sigaretter, substitusjonsbehandling, Legemiddelassistert rehabilitering; LAR, rusmisbruk, legemiddelmissbruk, avhengighet.

3.1 Alkohol i svangerskapet

Definisjon

Føtalt alkoholsyndrom (FAS) er et medfødt syndrom hvor følgende kriterier må være tilstede: veksthemming, karakteristiske ansiktstrekk, skader på sentralnervesystemet og kjent at mor drakk alkohol i svangerskapet.

Fetal alcohol spectrum disorders (FASD) eller føtalt alkohol spektrum forstyrrelser er en samlebetegnelse på et bredt spekter av skader på foster som er forårsaket av at mor har brukt alkohol i svangerskapet.

Forekomst

Tall fra den store norske Mor og Barn-undersøkelsen tyder på at 84 % av gravide ikke drikker alkohol under svangerskapet. Ca. 15 % drikker mindre enn en enhet i uken, mens 0,5 % drikker en enhet eller mer i uken.² Det antas at det i Norge fødes rundt 60-100 barn med Føtalt alkoholsyndrom (FAS) hvert år (0,1%) og 600-1200 barn med alkoholrelaterte fosterskader, såkalt FASD.^{1,3}

Etiologi/patogenese

I Norge er 1 alkoholenhet (AE) = 12,8 gram ren alkohol (i praksis = 1 glass vin (15cl)/1 flaske pils (33 cl). Alkohol passerer placenta og fosteret får mors promille. Hjernestruktur og hjernefunksjon kan skades i alvorlig grad ved prenatal alkoholeksponering.³⁻⁹

Det finnes ikke kunnskap om hvilke alkoholmengder som er tilstrekkelig eller nødvendig for at skade skal oppstå. Det finnes studier som konkluderer entydig med at det ikke er funnet

fosterskader forbundet med at gravide drikker én til to enheter alkohol per uke¹⁰, mens andre studier konkluderer med at bare én alkoholenhet i uken i svangerskapet kan gi økt adferdsavvik (utagerende og aggressiv atferd).¹¹ Flere av studiene har for kort oppfølgningstid for å si noe om senvirkninger som ofte ikke er synlige før i 7-10 års alder.

Det som tilsynelatende er uskadelig alkoholinntak i ett svangerskap, er ingen garanti for at tilsvarende inntak er uskadelig i neste svangerskap.¹⁰

Observasjonsstudier konkluderer med at jevnt høyt alkoholkonsum (mer enn 2 enheter per dag), og å drikke store mengder alkohol på en gang, er assosiert med FAS. FASD og FAS er godt dokumenterte skader av alkoholbruk i svangerskapet i tillegg til økt risiko for spontan abort. Veksthemmingen rammer så vel lengde og vekt som hodeomkrets. FASD er den viktigste årsak til mental retardasjon som kan forebygges.^{3-9, 10, 11}

Risikofaktorer

Psykisk sykdom, rusmisbruk. Alkoholmisbruk forekommer i alle sosioøkonomiske grupper.

Diagnostikk/Kartlegging av alkoholvaner

HelseDirektoratet anbefaler bruk av screeningsverktøyet TWEAK for å kartlegge bruk av alkohol hos gravide. Skjemaet finnes på www.helsebiblioteket.no under Psykisk helse/Rus og avhengighet/Skåringsverktøy TWEAK.³

Flere større sykehusavdelinger analyserer også blodprøver for PEth (fosfatidyletanol) som er en markør for siste ukers alkohol inntak.¹² Alkohol kan også påvises i urinprøver og gir både et øyeblikksbilde og kan påvise inntak noe tilbake i tid.

Tiltak/oppfølging

Forsøksvis kartlegging av alkoholvaner før og i svangerskapet. Mange gravide reduserer sitt alkoholforbruk i svangerskapet uten hjelp fra helsetjenesten. Ettersom alkohol kan ha en skadelig effekt på fosteret i hele svangerskapet, er det av betydning å avslutte alkoholinntak i alle faser av svangerskapet.³

Amming

Norske myndigheter anbefaler ammende å frstå fra å drikke alkohol de første 6 ukene etter termin, og å avstå fra amming 2-3 timer per alkoholenhet etter inntak ut i fra et føre-var-prinsipp.¹³ Morsmelk har lik promille alkohol som kvinnens blod, men barnets promille blir lavere fordi melken først drikkes og deretter fortynnes videre i barnets kropp. Se også kapittel 48 «Amming/Laktasjon/Morsmelkproduksjon».

Pasientinformasjon

Bruk av alkohol i svangerskapet kan gi barnet alvorlige skader. Det er ikke entydig klarlagt hva som er nedre grense for alkoholinntak i svangerskap med tanke på mulige fosterskader. Det beste er derfor å avstå helt fra alkohol i svangerskapet og helst også i perioden der svangerskap planlegges. Ammende bør avstå fra å drikke alkohol de første 6 ukene etter termin, og deretter avstå fra amming 2-3 timer per alkoholenhet etter inntak, særlig etter de første månedene barnet er født.

3.2 Røyking i svangerskapet

Definisjoner

Bruk av tobakk i svangerskapet (alle former).

Forekomst

Tall fra medisinsk fødselsregister fra 2017 viser at 3,9% av norske kvinner røykte daglig i begynnelsen av svangerskapet og 2,2 % røyker daglig ved svangerskapets slutt.¹⁴ Det er vesentlig de med lavt konsum som slutter i svangerskapet. Det er store regionale forskjeller. Mens 1,9 % av gravide i Oslo røyker gjennom hele svangerskapet, er tallet for Aust-Agder og Telemark høyest med over 4 %. En nullvisjon for røyking i svangerskapet, er målet i følge nasjonale helsemyndigheter.¹⁵

Etiologi/patogenese

Nikotinet trekker sammen blodårene i morkaken og i livmoren, og medfører redusert tilførsel av oksygen og næring til fosteret. Sigarettøyk inneholder mer enn 3000 toksiske komponenter. Både røyking og passiv røyking øker risikoen for infertilitet, vekstretardasjon hos barnet, placentalsløsning, for tidlig vannavgang (PPROM) og placenta previa.¹⁶ Reduksjon i antall gravide som røyker samsvarer med reduksjon i antall kvinner med placenta abruptio.¹⁴ Spesielt røyking i 3. trimester reduserer barnets vekst og enkelte studier viser at neonatalt nikotinabstinenssyndrom etter langvarig eksponering.¹⁶ Dette kan arte seg som for eksempel spiseproblemer, irritabilitet og tremor. Risikoen for negative hendelser er doserelatert og barn av storrøykerne (> 10 sigaretter per dag) derfor mest utsatt. 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.¹⁷ En annen norsk studie viste at kvinner som røyker i graviditeten har større sjanse for å få utagerende barn.¹⁸

Snus

Bruk av snus i graviditeten gir risiko for fosteret som ligner risikoen ved røyking i svangerskapet.¹⁹ Det er holdepunkter for at snusing i svangerskapet gir økt risiko for lav fødselsvekt, for tidlig fødsel og dødfødsel. Kvinner som slutter å snuse tidlig i svangerskapet, har mindre risiko for prematur fødsel. Studier tyder på at snusing kan føre til preeklampsi, åpen leppe-ganespalte, og økt risiko for respirasjonsdepresjon hos nyfødte. Det mangler dokumentasjon på omfanget av snusbruk i svangerskap i Norge.

El-sigaretter

Gravide anbefales å unngå å bruke e-sigaretter med nikotin fordi enhver form for nikotintilførsel i forbindelse med graviditet bør unngås.²⁰ Elektroniske sigaretter uten nikotin brukes oftest for å slutte å røyke eller i stedet for sigaretter. Det mangler dokumentasjon på omfanget av el-sigaretter i svangerskap i Norge.

Indikasjon/metode/diagnostikk

Kartlegging av røykevaner (inkludert bruk av snus og el-sigaretter) er nødvendig for evt. tiltak.^{2,3} Svangerskapsjournalen har rubrikker som bør fylles ut.

Tiltak/behandling/forløp/oppfølging

Ulike intervensjonstiltak har vært vitenskapelig evaluert. Det har vært påvist liten eller ingen effekt av brosjyrer alene. Gjentatt fokusering på tobakkskonsumet ved hver svangerskapskonsultasjon og saklig informasjon om røyking i svangerskapet (muntlig og skriftlig) sammen med tilbud om hjelpemateriell evt. røykeavvenningskurs har vist seg å være et kostnadseffektivt tiltak.¹⁵ Røykeslutt er målet.¹⁵ Hvis dette ikke er mulig, er det viktig å tilstrebe reduksjon.

Nikotinerstatningspreparater (i form av tyggegummi, depotplaster, inhalator, sublingvaltabletter eller sugetabletter) har ikke vært anbefalt, men kvinnen vil få i seg mindre nikotin enn ved røyking og unngår også andre skadelige stoffer i røyken.¹⁵ Om man oppnår røykeslutt, synes gevinsten å være større enn risikoen ved slike preparater. Legemidler med indikasjon røykeavvenning (bupropion (Zyban®), vareniklin (Champix®)) anbefales ikke til gravide eller ammende.

Amming

Kvinner som ammer frarådes å røyke eller å redusere til et absolutt minimum. Røyking kan nedsette melkeproduksjonen. Røyking øker risiko for kolikk og krybbedød. Om røykeslutt ikke er mulig, så oppveier likevel fordelene med morsmelk og amming, ulempene ved mors røyking (moderat røyking).

Nikotinerstatningspreparater: Overgang til morsmelk er moderat. Andre substanser i tobakk går også over i morsmelken. Derfor kan nikotinplaster og -tyggegummi ansees som tryggere enn sigaretter.²¹ Disse preparatene gir også lavere nikotinnivå i morsmelken.

Legemidler med indikasjon røykeavvenning (bupropion (Zyban®), vareniklin (Champix®)) anbefales ikke til ammende.²¹ Se også kapittel 48 Amming/Laktasjon/Morsmelkproduksjon».

Pasientinformasjon

Røyking, bruk av snus og andre nikotinholdige produkter i svangerskapet er skadelig for både mor og barn. Å slutte med tobakk vil på alle tidspunkter i svangerskapet gi helsegevinster. Hvis røykeslutt ikke oppnås, er det bedre å bruke nikotinerstatningsprodukter (nikotintyggegummi, røykeplaster ol.) enn å røyke sigaretter i svangerskapet i eller ammeperioden for å unngå alle de andre stoffene i røyken.

- Informasjon om appen «Slutta», nettstedet <https://helsenorge.no/rus-og-avhengighet/snus-og-roykeslutt/> og Facebooksiden [slutta.no](https://www.facebook.com/slutta.no)
- Informasjon fra [HelseNorge.no](https://www.helsenorge.no) om snus og røyk hos gravide. [Helsenorge.no/gravid/royking-snus-og-graviditet](https://www.helsenorge.no/gravid/royking-snus-og-graviditet)

3.3 Rus - og legemiddelmisbruk i svangerskapet

Definisjoner

Ruslidelse (Substance Use Disorder) brukes som samlebegrep for både avhengighet, skadelig bruk og misbruk. I tillegg brukes begrepene ruslidelse og rusmiddelproblemer i hovedsak om et behandlingstrengende rusmiddelproblem, uten at det nødvendigvis er diagnostisert en avhengighet.²²

Helsedirektoratet definerer gjennom sine retningslinjer *ethvert inntak av rusmidler som kan føre til skade på det ufødte barn* som misbruk.¹⁵ Rusmiddelrelaterte problemer i graviditeten inkluderer bruk av alkohol, vanedannende legemidler og illegale rusmidler og i tillegg nylig avsluttet bruk av slike.

NAS: Neonatal abstinenssyndrom, opptrer hos det nyfødte barnet etter at tilførsel av opioider og/eller rusmidler/vanedannende legemidler fra kvinnen avbrytes ved fødselen.^{23,24}

Forekomst

Folkehelseinstituttet oppgir at 24% av norske kvinner 25-34 år har brukt (prøvd) cannabis «noen gang» i 2015-2017. Etter cannabis er de sentralstimulene rusmidlene kokain, amfetamin og ecstasy/MDMA de mest rapporterte illegale stoffene i befolkningsundersøkelsene.²⁵ Trender i rusmisbruk i Europa blir årlig oppdatert.²⁶

Antall gravide i Norge som er behandlet med tvangstiltak (meldeplikt til fylkesmannen) var i tidsperioden 1996-2015 i snitt 34 per år ved midlertidig omsorgsovertakelse og i snitt 20 per år for mer varig omsorgsovertakelse.²⁷ De aller fleste ble tvangsbehandlet på grunn av rus- og legemiddelmisbruk. Noen få hadde alkoholproblemer. Frivillig behandling tilstrebes. Tall på hvor mange dette gjelder foreligger ikke.

Etiologi/symptomer

Gravide rusmiddelmisbrukere tilhører en risikogruppe som trenger tettere oppfølging både i svangerskapet og etter fødselen enn det som vanligvis anbefales.²³ De fleste gravide rusmisbrukere har en betydelig overhyppighet av somatisk og psykisk sykdom. Det kan være nødvendig å vurdere overdoserisiko og selvmordsfare. Forberedelse til foreldrerolle og tilknytning til fosteret/barnet kan forstyrres av ruslidelse, annen sykdom og bekymring. Det nyfødte barnet kan utvikle alvorlige abstinenssymptomer, misdannelser og psykomotoriske forstyrrelser. Det kan være vanskelig å skille forbigående perinatale komplikasjoner hos barnet fra symptomer som er uttrykk for mer alvorlig skade på sentralnervesystemet

Sentralstimulerende midler (amfetamin, kokain, MDMA/ecstasy og LSD)

Amfetamin gir vasokonstriksjon og dårligere blodtilstrømning til fosteret via placenta. Amfetaminmisbruk gir økt risiko for spontanabort, prematur fødsel, fosterdød og vekstretardasjon (mindre hodemål). Ved bruk tett opp mot fødsel vil abstinenslignende symptomer med økt uro eller unormal sløvhet kunne oppstå hos nyfødte. Langtidsstudier har dokumentert redusert IQ og problematferd.^{28, 29}

Kokain virker vasokontraherende og medfører dårlig blodtilstrømning til placenta, økt risiko for placenta abruptio og prematur vannavgang. Perinatale komplikasjoner har vært rapportert hos nyfødte, men abstinenssymptomer er uvanligere. Negative effekter på psykomotorisk utvikling har vært rapportert.²⁹

MDMA (3,4-metylendioksymetamfetamin)/ecstasy er et amfetaminderivat som trolig gir økt risiko for medfødte misdannelser (muskelskjelett- og karidiovaskulære anomalier). Noe usikkerhet likevel om teratogen effekt pga bruk av andre rusmidler og annen risikoadferd i tillegg.²⁹

LSD: Tilgjengelige data tyder ikke på at LSD er svært teratogent, men data er begrenset. Blandingsmisbruk med andre rusmidler/legemidler gjør det vanskelig å skille effekter av forskjellige stoffer fra hverandre, men kan gi abstinenssymptomer hos det nyfødte barnet.

Blanding av MDMA/ecstasy, amfetamin, kokain og metylfenidat (for eksempel Ritalin eller Concerta) i kombinasjon med alkohol frarådes da det kan føre til at alkoholrusen ikke merkes like godt hos kvinnen som ellers. Kombinasjonen kan øke risikoen for fysiske komplikasjoner da rusmidlene kan forsterke hverandres virkning. Det er økt risiko for overdosesymptomer og andre bivirkninger som verste fall kan gi en livstruende forgiftning i tillegg til økt risiko for forvirring og angstreaksjoner hos kvinnen.²⁹

Cannabis (hasj, marihuana)

Det aktive stoffet tetrahydrocannabinol (THC) passerer placenta over til fosteret. Studier viser en noe økt risiko for prematur fødsel og lav fødselsvekt ved hyppig bruk av cannabis.³⁰ Cannabis kan forsterke virkning av alkohol hos kvinnen.³⁰ Cannabis i dag er vesentlig forskjellig fra hva det var bare noen ti år siden. Det foreligger ikke studier på dette, men overvåkes som syntetiske cannabinoider (se under).

Syntetiske rusmidler

Syntetiske cannabinoider har liknende virkninger som tetrahydrocannabinol (THC). Rusmidlet inntas i ulike former og kan være betydelig mer potente enn cannabisvirkestoffet. Rusmidlene betegnes i det medisinske fagmiljøet som «novel psychoactive substances» (NPS), mens det mer populistisk blir kalt «motedop», «syntetiske rusmidler» eller «designer drugs». Det er høyere risiko for blant annet kardiovaskulære bivirkninger samt psykose, kramper og koma hos kvinnen. En rekke forgiftninger og dødsfall er rapportert, også i Norge. Behandling av intoksikasjoner og påvisning av nye psykoaktive stoffer kan være en utfordring.²⁹

Legemiddelmisbruk

Det kan være glidende overganger mellom bruk og misbruk av legemidler. Anbefalt nedtrapping av vanedannende legemidler er omtalt i Helsetilsynets veileder for vanedannende legemidler.³¹

Ved opioidmisbruk er det påvist økt forekomst av placentaløsning, intrauterin fosterdød og prematur fødsel. Lav fødselsvekt (SGA) og mindre hodeomkrets er også vist.^{23, 32, 33} Nyfødte kan utvikle uttalte abstinenssymptomer raskt (24-72 timer etter fødsel), men symptomene kan også debutere en til to uker etter fødsel. Varierende symptomer kan være: Uro, sensitivitet for stimuli, forstyrret søvnrytme, høyfrekvent skrik, irritabilitet, sitringer, respirasjonsproblemer, suge- og svelgproblemer, diare, gjesp, serienys og evt. krampeanfall.²⁴ Metadon og buprenorfin er opioider - se avsnittet om LAR under.

Misbruk av benzodiazepiner (BZD) i svangerskapet øker risikoen for prematur fødsel og lav fødselsvekt (SGA). Misbruk av BZD i tredje trimester øker risikoen for abstinenssymptomer

hos nyfødte (skjelvinger, irritabilitet, hypertensitet og diaré/oppkast). Det kan i slike tilfeller være nødvendig å avvenne det nyfødte barnet med legemiddelbehandlingstrengende NAS. Brukt tett opp mot fødsel kan barnet få et «floppy-infant syndrome» med symptomer som hypotoni, hypotermi, pustebesvær, letargi og dieproblemer.^{23, 33}

Pregabalin (Lyrica®) er et B-preparat som kun skal brukes i svangerskapet dersom det er i ledd av epilepsi behandling (nytte/effekt).

Langtidseffekter og senvirkning ved legemiddelmisbruk er lite undersøkt sammenlignet med effekter observert umiddelbart etter fødsel. Det er spesielt vanskelig å oppdage og få oversikt eventuelle risiko for forstyrrelser i psykisk og kognitiv utvikling.

Indikasjon/metode/diagnostikk

Urin er det mest hensiktsmessige prøvemedium for legemiddel- og rusmiddelanalyser. Mange av de vanligste misbruksstoffene har kort halveringstid i blod men kan spores i urin i et lengre tidsrom etter inntak. Helsedirektoratet har gitt retningslinjer for rusmiddeltesting.³⁴ I motsetning til de fleste rusmidler med kort halveringstid, kan påvisningsperioden av THC-syre etter avsluttet inntak variere fra noen dager til tre måneder, avhengig av inntakets omfang

Tiltak/behandling/forløp/oppfølging

Ved mistanke om at en gravid kvinne misbruker legemidler eller bruker rusmidler i en slik grad at det kan skade det ufødte barnet, skal det defineres som et *høyrisikosvangerskap*. Høyrisikosvangerskap bør tilbys *hyppigere og mer omfattende* svangerskapskontroller enn vanlig.^{15, 23}

Åpenhet overfor kvinnen tilstrebes. Helsepersonell har ansvar for å melde til kommunal helse- og omsorgstjeneste (lokal NAV sosialtjeneste) for å tilrettelegge oppfølging/behandling av kvinnen.^{15, 23} Se under: Lovverket ved rusmisbruk.

Pakkeforløp for psykisk helse og rus publiseres og implementeres fra høsten 2019 og er en pasientrettighet.^{15, 23} Pakkeforløp for gravide som bruker/har brukt alkohol, vanedannende legemidler og/eller illegale rusmidler har vært ute på høring. Pakkeforløpet er frivillig.

Amming

De fleste legemidler kan brukes ved amming, men ved rus- og legemiddelmisbruk vil situasjonen være annerledes. Alvorlige bivirkninger, også fatale, er blitt rapportert hos brysternærte barn.²¹ Nyfødte og spedbarn metaboliserer opioider og benzodiazepiner svært langsomt.²¹ Tilførsel via morsmelk utover 2-3 dager sammenhengene vil kunne medføre akkumulering og risiko for bivirkninger hos brysternærte barn (særlig sedasjon). Kvinner bør få individuell informasjon og nytte/effekt avhengig av f. eks barnet alder, vekt og om det ellers er friskt. For informasjon om enkeltstoffene, se referanse 21. For mer informasjon, se referanse 35 samt kapittel 2A «Legemiddelbruk i svangerskapet og ammeperioden» og kapittel 48 «Amming/Laktasjon/Morsmelkproduksjon».

Pasientinformasjon

Nettsteder og hjelpemidler som kan være nyttige for den gravide/ ammende / pårørende: tryggmammamedisin.no, RUStelefonen (tlf 08588), (Rustelefonen kan også ringes eller chattes anonymt), Ung.no, forebygging.no, Motstoff.no, snakkomrus.no (ROP.no), www.helsenorge.no.

3.3 Gravide i substitusjonsbehandling (Legemiddelassistert rehabilitering; LAR)

Definisjon

LAR er en behandlingsform hvor pasienter med langvarig opiatmisbruk tilbys langtidsvirkende opioid (f. eks metadon (Metadon®), buprenorfin (Subutex®) eller buprenorfin + naloxon (Subuxone®) som del av behandlings- og rehabiliteringstiltak.³⁶

Forekomst

Det blir født mellom 30 og 50 barn årlig i Norge av mødre i LAR-behandling og hvor fosteret dermed har vært eksponert for metadon eller buprenorfin i fosterlivet.^{37, 38}

Behandling

I 2019 publiserte Helsedirektoratet revidert nasjonal retningslinjer for oppfølging av gravide under LAR-behandling.³⁹ Helsedirektoratet anbefaler at gravide i samråd med lege i LAR dosejusterer substitusjonsmedikasjonen under svangerskapet. Mulige fordeler ved LAR er at gravide på et tidlig stadium i svangerskapet kan stabiliseres og samarbeide om sin egen og barnets velferd.³⁷⁻³⁹

Konsekvenser

Barn som er født av mødre i LAR-behandling er noe mindre ved fødselen (vekt, lengde, hodeomkrets) enn barn født av ikke-rusbrukende mødre.^{38, 39} Om dette er pga. legemiddelet eller sekundært til livsstil er ikke tilstrekkelig kartlagt. Bruk av langtidsvirkende opiat i svangerskapet gir neonatalt abstinenssyndrom (NAS) i 60-90 % av tilfellene, og ca. halvparten av disse nyfødte vil ha behov for medikamentell behandling.²⁴ NAS er ikke lineært doseavhengig. Barnets sårbarhet og metabolisme må også tas i betraktning.⁹ Det er også vist økt risiko for konsentrasjonsproblemer og hyperaktivitet.^{38, 39} Langtidseffekter og senvirkning ved bruk av LAR er lite undersøkt sammenlignet med effekter observert umiddelbart etter fødsel. Det er spesielt vanskelig å oppdage og få oversikt eventuelle risiko for forstyrrelser i psykisk og kognitiv utvikling.⁹

Amming

Overgang av metadon og buprenorfin til morsmelk er liten, og få bivirkninger er rapportert på grunn av amming når mor bruker disse legemidlene.²¹ Mengdene i morsmelk er ikke nok til å kunne «behandle» nyfødte med NAS. For informasjon om enkeltstoffene, se referanse 21. For mer informasjon se referanse 35, samt kapittel 2A «Legemiddelbruk i svangerskapet og ammeperioden» og kapittel 48 «Amming/Laktasjon/Morsmelkproduksjon».

Pasientinformasjon

Det er bedre for mor og barn å delta i LAR og bruke metadon eller buprenorfin i kontrollerte former enn å ruse seg på illegale midler eller å misbruke opiater i svangerskapet. Kvinner i LAR kan amme uavhengig av medikament og dose.

Kilder

1. Sosial- og helsedirektoratet. Alkohol og graviditet. Hva er farlig for fosteret? Hvordan forebygge og behandle? Rapport fra en ekspertgruppe. IS-1284, 2005.
<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/alkohol-og-graviditet-hva-er-farlig-for-fosteret-hvordan-forebygge-og-behandle> (søkedato: 26.04.2019).
2. Den norske mor, far og barn undersøkelsen, Nasjonalt folkehelseinstitutt,
www.fhi.no/studier/moba/ (søkedato: 07.07. 2019).
3. Lægreid LM, Bruarøy S, Reigstad H. Fosterskade ved alkoholbruk i svangerskap. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; **125**: 445-7.
4. Chang G Lockwood C, Eckler K. Alcohol intake and pregnancy. UpToDate.com. Sist oppdatert juli 2018. (søkedato: 07.07. 2019).
5. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee on Health Care for Underserved Women. Committee opinion no. 496: At-risk drinking and alcohol dependence: obstetric and gynecologic implications. Obstet Gynecol 2011; **118**:383.
6. Fetal alcohol syndrome: Guidelines for referral and diagnosis. Atlanta, GA: National center for Birth defects and developmental disabilities, 2004.
7. Spesial issue: Fetal Alcohol Syndrome. Am J Med Genetics C 2004, **127C**, 1-58.
8. Fetal Alcohol Syndrome: Guidelines for Referral and Diagnosis. National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities Centers for Disease Control and Prevention Department of Health and Human Services, 2004.
www.cdc.gov/ncbddd/fas/default.htm (søkedato: 07.07.2019).
9. Sortvik Nilssen L, Nordeng H. G7. Graviditet og legemidler. Norsk Legemiddelhandbok. Rosness T (red). 2019.
www.legemiddelhandboka.no/#G7#Graviditet_og_legemidler (søkedato: 07.07.2019).
10. Falgreen Eriksen HL, Mortensen E, Kilburn T, et al. The effects of low to moderate prenatal alcohol exposure in early pregnancy on IQ in 5-year-old children. BJOG 2012; **119**:1191.
11. Sood B, Delaney-Black V, Covington C, et al. Prenatal exposure and childhood behavior at age 6 to 7 years: Dose- response effect. Pediatrics 2001; **108**: 34-38
12. Aakerøy R, Skråstad RB, Helland A, et al. Nye markører for påvisning av alkoholbruk. Tidsskr Nor Laegeforen. 2016;**136**:1643-1647.
13. Helsedirektoratet. Kap 1. Alkohol. I: Råd til kvinner som ammer. Nasjonal faglige råd, Helsedirektoratet, 2017. www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/rad-til-kvinner-som-ammer, sist oppdatert mars 2019 (søkedato: 07.07.2019)
14. Fødsler i Norge. Årstabeller for Medisinsk fødselsregister 2017. Mors røykevaner i svangerskapet, tabell F16a. Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2019. Tilgjengelig fra <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/> (søkedato: 17.02.2019).
15. Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen. Statens helsedirektorat, 2018. www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen (søkedato:07.07.2019)
16. Abraham M, Alramadhan S, Iniguez C, et al. A systematic review of maternal smoking during pregnancy and fetal measurements with meta-analysis. PLoS One. 2017;**12**:e0170946.
17. Haug K, Irgens LM, Skjaerven R, et al. Maternal smoking and birthweight: effect modification of period, maternal age and paternal smoking. Acta Obstet Gynecol Scand 2000;**79**:485-9.

18. 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**:283-9.
19. Helseisiklo ved bruk av snus. Rapport Folkehelseinstituttet, ISBN: 978-82-8082-644-2 2014. Tilgjengelig fra www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/moba/pdf/helseisiklo-ved-bruk-av-snus-pdf.pdf (Søkedato 17.02.2019)
20. Helseisiklo ved bruk av e-sigaretter. Rapport Folkehelseinstituttet, 2015. 978-82-8082-671-8. Tilgjengelig fra www.fhi.no/publ/2015/helseisiklo-ved-bruk-av-e-sigarette/ (søkedato 17.02.2019)
21. Nordeng H, Sortvik Nilssen L. G8. Amming og legemidler. Norsk Legemiddelhandbok. Rosness T (red). 2019. www.legemiddelhandboka.no/#G8#Amming_og_legemidler (søkedato: 20.06.2019).
22. Nasjonalfaglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse- ROP-lidelse. Statens Helseisidirektorat, 2011 (sist oppdatert 19.12.11).
23. Pakkeforløp for gravide og rusmidler. Statens helseisidirektorat, 2019. <https://www.helseisidirektoratet.no/pakkeforlop/gravide-og-rusmidler> (søkedato: 09.10.2019)
24. Jansson LM, Garcia-Prats JA, Kim MS. Neonata abstinence syndrom. UpToDate 2019. Sist oppdatert mars 2019. (søkedato : 07.07.2019).
25. Rusmidler, doping og avhengighet. Rapport Folkehelseinstituttet, 2018. www.fhi.no/ml/rusmidler-og-avhengighet (søkedato 25.02.19)
26. Nettsiden til European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. www.emcdda.europa.eu (søkedato 26.04.2019).
27. Veileder for tvangstiltak overfor personer med rusmiddelproblemer etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10. Statens helseisidirektorat, 2016. kap 9.4 vedtak i fylkesnemd for barnevern og sosiale saker s 105. <https://helseisidirektoratet.no/retningslinjer/veileder-om-tvangstiltak-overfor-personer-med-rusmiddelproblemer> (søkedato: 26.04.2019).
28. Faden VB, Graubard BI. Maternal substance use during pregnancy and developmental outcome at age three. *Journal of Substance Abuse* 2000; **12**: 329-40.
29. Chang G, Lockwook CL, Eckler K. Substance use by pregnant women. UpToDate, Sist oppdatert juni 2019, www.uptodate.com/contents/substance-use-by-pregnant-women (søkedato 07.07.2019).
30. Bretteville-Jensen, AL. Hva vet vi om cannabis? Oslo: Universitetsforlaget, 2017.
31. Vanedannende legemidler. Forskrivning og forsvarlighet. Helseisidirektoratet 2001. IK-2755. www.helseisidirektoratet.no/templates/Document_6707.aspx (søkedato: 26.04.2019).
32. Osborn DA, Jeffery HE, Cole MJ. Opiate treatment for opiate withdrawal in newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;**(10)**:CD002059.
33. Jansson LM, Garcia-Prats JA, Kim MS. Infant of mothers with substance use disorder. UpToDate 2018. Sist oppdatert: april 2019. (søkedato: 26.04.2019).
34. Sosial- og helseisidirektoratet. Retningslinjer for rusmiddeltesting. (Rundskriv IS-13/2002 og rundskriv IS.14/2002.
35. Nordeng H, Havnen G, Spigset O. Når kan legemiddelbruk hos mor gi bivirkninger hos brysternærte barn? *Tidsskr Nor Legeforen.* 2012; **132**: 1089-1093.

36. Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-retningslinje-for-legemiddelassistert-rehabilitering-ved-opioidavhengighet> (søkedato: 26.04.2019).
37. Nasjonal retningslinje for gravide i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder, Helsedirektoratet, 2019. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/gravide-i-lar> (søkedato: 09.10.19)
38. Berg R, Winsvold A, Kornør H, Øverland S, et al. Medikamentell vedlikeholdsbehandling av gravide med opioidavhengighet. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 31 - 2008. ISBN 978-82-8121-230-5 ISSN 1890-1298.
39. Kornør H, Sandberg H, Muller A, Dahm KT, Pirnat A, Strømme H. Buprenorfin sammenlignet med metadon for gravide kvinner i legemiddelassistert rehabilitering (LAR). [Buprenorphine versus methadone for pregnant women in opioid maintenance treatment (OMT)] Rapport 2019. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2019. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2019/buprenorfin-sammenlignet-med-metadon-for-gravide-kvinner-i-legemiddelassistert-rehabilitering-rapport-2019.pdf> (søkedato: 26.10.19)

Appendix:

A. Lovverket ved rusmisbruk

Lov om pasient- og brukerrettigheter Kap 3. Rett til medvirkning og informasjon

Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet.¹ Dette innebærer både at den gravide har rett til å medvirke og tjenestene har plikt til å involvere pasienten. Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte. Informasjon skal ikke gis mot pasientens uttrykte vilje, med mindre det er nødvendig for å forebygge skadevirkninger av helsehjelpen, eller det er bestemt i eller i medhold av lov.

Lov om helsepersonell Kapittel 6: opplysningsplikt mv. § 32

Opplysningsplikt til sosialtjenesten: *"Uten hinder av taushetsplikt i § 21 skal helsepersonell av eget tiltak gi opplysninger til sosialtjenesten når det er grunn til å tro at en gravid kvinne misbruker rusmidler på en slik måte at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade. Også etter pålegg fra de organer som er ansvarlige for gjennomføringen av sosiale tjenester skal helsepersonell gi slike opplysninger. I helseinstitusjoner skal det utpekes en person som skal ha ansvaret for utlevering av slike opplysninger".²*

Lovverket skiller mellom opplysningsplikt før og etter fødsel. Lov om barneverntjenester trer ikke i kraft før 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. Bekymring for det ufødte barnet skal kanaliseres til helse- og omsorgstjenesten. Kvinnen må gi samtykke til kontakt med barneverntjenesten i svangerskapet. Som helsepersonell har du opplysningsplikt til helse- og omsorgstjenesten av eget tiltak eller etter pålegg *når det er grunn til å tro at en gravid kvinne misbruker rusmidler på en slik måte at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade.*

Mistanke om misbruksproblemer skal føre til at sosialtjenesten varsles. Dette i henhold til "Lov om helsepersonell, § 34"²: *"Uten hinder av taushetsplikt i § 21 skal helsepersonell av eget tiltak gi opplysninger til sosialtjenesten når det er grunn til å tro at en gravid kvinne misbruker rusmidler på en slik måte at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade. Også etter pålegg fra de organer som er ansvarlige for gjennomføringen av sosiale tjenester skal helsepersonell gi slike opplysninger. I helseinstitusjoner skal det utpekes en person som skal ha ansvaret for utlevering av slike opplysninger".*

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) § 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 fjerde 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.³

Urinprøver

Prøvetaking når svaret kan medføre alvorlige sanksjoner

Rusmiddelkontroll som kan medføre alvorlige sanksjoner ved et positivt analyseresultat, forutsetter i utgangspunktet at kvinnen samtykker.⁴ Urinprøvekontroll uten kvinnens samtykke kan bare gjennomføres etter vedtak i Fylkesnemnda etter Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) § 10-3. Tilbakeholdelse av gravide rusmiddelavhengige.³

Medisinske prøver (kalles ofte screeningprøver)

I disse prøvene utføres det ofte kun screeninganalyser. Screeninganalyser påviser stoffgrupper. Disse testene utføres ved mange laboratorier. Prøvesvarene er ikke juridisk holdbare og kan derfor ikke brukes når et positivt analyseresultat kan medføre alvorlige sanksjoner, men kan gi umiddelbare indikasjoner på om det har vært inntak av rusmidler.⁵

Barnevern

Kvinnen må hovedsakelig samtykke til kontakt med barneverntjenesten i svangerskapet. Hos kvinner med risiko for omsorgssvikt etter fødsel kan det være gunstig å motivere for et tidlig samarbeid med barneverntjenesten i svangerskapet. Kontakt med barneverntjenesten etter fødsel er ikke frivillig.⁶

Klider

1. Pasientrettighetsloven. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
2. Lov om helsepersonell (Helsepersonelloven) LOV-1999-07-02-64, § 32 & § 34 (<http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-064.html>)
3. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven) (<http://www.lovdata.no/all/nl-20110624-030.html>)
4. Sosial- og helsedirektoratet. Retningslinjer for rusmiddeltesting. (Rundskriv IS-13/2002 og rundskriv IS.14/2002.
5. Rundskriv IS-13/2002 fra Helsedirektoratet. Kvalitetsrutiner ved rusmiddeltesting og prøver i medisinsk sammenheng (behandling og diagnostikk) <http://www.helsetilsynet.no/no/Regelverk/Rundskriv/Rundskriv-helsetjenesten/Rundskriv-og-lignende-Helsedirektoratet/Kvalitetsrutiner-rusmiddeltesting-medisinsk-sammenheng/>
6. Barnevernsloven. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100?q=barnevern>

B. Regionale kompetansesentre

Det finnes syv regionale kompetansesentre for rus i Norge (KoRus) som har som sin primære rolle å styrke praksisfeltet gjennom å sikre ivaretagelse, oppbygging og formidling av rusfaglig kompetanse. Arbeidet er finansiert gjennom tilskudd fra Helsedirektoratet. Ansvarlig for nettsiden kompetansesenterrus.no: KoRus - Sør. E - post: korus@borgestadklinikken.no

Region Nord: KoRus-Nord, eier er universitetssykehuseti Nord-Norge

Region Midt-Norge: Korus-Midt, eier er St Olavs Hospital HF

Region Vest:

Korus-Vest Stavanger, eier er Rogaland A-senter

Korus-Vest Bergen, eier Stiftelsen Bergensklinikkene

Region Sør: Korus Sør, eier er Borgestadklinikken Blåkors

Region Øst: Korus Øst, eier Sykehuset Innlandet HF

Region Oslo: Korus Oslo, eier Oslo kommune, velferdsstaten

Familieambulatorier i Norge

Det finnes seks familieambulatorier i Norge som er et tverrfaglig lavterskeltilbud til gravide, mødre/foreldre med rus og/eller psykiske problemer fra svangerskap, fødsel og til barnets skolealder.

Helse Midt-Norge:

Familieambulatoriet Nord-Trønderlag Team Namsos

Familieambulatoriet Nord-Trønderlag Team Levanger

Helse Sør-Øst:

Forebyggende familieteam Vestre Viken

Helse Nord:

Forebyggende familieteam Universitetssykehuset Nord-Norge

Helse Vest:

Familieambulatoriet Helse Fonna

Familieambulatoriet Helse Bergen

Andre med liknende kompetanse:

OUS HF Ullevål-team

Akershus universitetssykehus HF, Ahus-team

Helse Møre og Romsdal, Barneblikk-satsningen

C. ICD-10 koder

O35.4	Omsorg for og behandling av mor ved (mistenkt) skade hos foster som skyldes alkohol
O35.5	Omsorg for og behandling av mor ved (mistenkt) skade hos foster som skyldes legemidler
O99.3	Psykiske lidelser og sykdommer i nervesystemet som kompliserer svangerskap, fødsel og barseltid
F10.2	Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes avhengighet av alkohol
F11.2	Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes avhengighet av opiater
F12.2	Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes avhengighet av cannabinoider
F13.2	Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes avhengighet av sedativa og hypnotika
F14.2	Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes avhengighet av kokain
F16.2	Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes avhengighet av hallusinogener
F17.2	Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes avhengighet av tobakk
F18.2	Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes avhengighet av flyktige løsemidler
F19.2	Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes avhengighet av flere stoffer
Z 72.0	Tobakksbruk