



FAG

Nyfødtsykepleie

Cathrine Aanensen, universitetslektor ved sykepleierutdanningen ved Universitetet i Agder.

Annette Molde Rasmussen, sykepleier og jobber i akuttmottaket på SSHF

Anne-Mari Bergkåsa, Universitetslektor, Universitetet i Agder

Sykepleie til nyfødte med abstinenser

Barn av mødre som går på metadon eller subutex i svangerskapet trenger ekstraordinær omsorg.

Fakta om LAR og NAS

LAR er tilbud om medisinsk behandling av rusavhengighet, tilbudet er regulert via retningslinjer fra Helsedirektoratet. Medikamentene som brukes er subutex og metadon (1). Abstinenser etter metadon kan være kraftigere og vare lengre enn abstinenser forårsaket av heroin og andre rusmidler (2). De fleste barn som blir født av mødre i LAR får NAS. NAS kan defineres som generelle forstyrrelser i det autonome nervesystem (3). Alle barnets organsystemer blir berørt, symptomene utløses av en irritasjon i hjernen (2). Metadon og subutex passerer placenta og barna blir passive stoffmisbrukere i morens mage (3). Fødselen gir en brå slutt på rusmiddelet og barnet kan få NAS ved fødselen når tilførselen av det narkotiske stoffet opphører (4).

Hovedbudskap

Sykepleie til barn født med NAS er en stor utfordring og krever nøye tilrettelegging. Barna er skjøre fra fødselen av og meget følsomme for stimuli. De er urolige, overfølsomme og til tider utrokelige. Sykepleie til disse barna forutsetter at sykepleierne jobber dedikerte med mål om å lindre og trøste dem på best mulig måte. Uttalelse fra en sykepleier om at disse barna må behandles med silkehansker beskriver sykepleien på en god måte.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

› Svangerskap › Stoffmisbruk › Nyfødt

Artikkelen omhandler sykepleie til nyfødte av mødre i LAR-ordningen (Legemiddel-Assistert Rehabilitering). Gravide i LAR går på metadon eller subutex i svangerskapet. Barn av disse mødrene har høy risiko for å utvikle NAS (Neonatal Abstinens Syndrom) og får en krevende start på livet utenfor mors mage.

Hensikten med artikkelen er å beskrive hvordan nyfødte med mødre i LAR-ordningen kan ha det i sine første leveuker og å drøfte sykepleietiltak som kan bidra til at disse barna får en best mulig start på livet. Artikkelen er basert på intervjuer med to sykepleiere fra ulike sykehus med erfaring fra sykepleie til barn født av mødre i LAR.

Akutte abstinensbarn trenger observasjon og behandling i neonatalavdeling fordi de kan utvikle en livstruende tilstand uten behandling (2). Sandtorv et al. fant at 14 av 15 barn som ble født av mødre i LAR utviklet NAS, ti av tilfellene var behandlingsskrevende. To av barna ble rammet av plutselig spedbarnsdød. Dersom mor har et sidemisbruk er det økt risiko for utviklings- og atferdsforstyrrelser. Barna har lavere fødselsvekt og mindre hodeomkrets enn barn som ikke er utsatt for rus i svangerskapet, men barna blir ikke født premature (3).

De første symptomene på abstinenser kan komme etter få dager, men det kan også ta uker før abstinensene kommer (5). I starten er barna ofte urolige og irritable (6), og de må skjermes mot stimuli som lys, lyd, berøring og samspill. I

våken tilstand kan barnet være så påvirket at det klarer kun ett stimuli om gangen, for eksempel kan berøring og stemmebruk samtidig bli for mye (7) De fleste av barna må ha medikamentell behandling i tillegg til ulike sykepleietiltak (5).

Det skjøre barnet

Sykepleierne som ble intervjuet beskriver at barn født med NAS er skjøre, en av dem sier: «Vi vet at disse barna er veldig skjøre, men ikke det første døgnet for da har de fortsatt metadon i blodet. Barnet vil gradvis ha mindre metadon i blodet så abstinensene vil først vise seg etter noen dager.»

Ifølge sykepleierne kan abstinensene oppstå fra første døgnet og opptil flere dager etter fødselen. De har opplevd barn som har hatt abstinenser i opptil sju måneder, mens Tølløfsrud skriver at abstinensene kan vare opptil tre måneder (7). Det synes å være mangelfull kartlegging av når barna viser symptomer på abstinenser etter fødselen (3).

Sykepleierne erfarer tilsier at det ikke nødvendigvis er en sammenheng mellom barnets symptomer og abstinenser og mors dose med metadon, en av sykepleierne forteller: «Det viser seg at mødre er forskjellige, de absorberer på forskjellige måter og de halverer på forskjellig vis, det er ingen fasitsvar. Vi har erfaringer med mor som har trappet ned til lav dose metadon under svangerskapet og fått et barn med enorme abstinenser. Samtidig har vi mødre som står på høy dose metadon, men barnet hadde små abstinenser etter fødselen.»



SKJØRE: LAR-barn har ofte høyfrekvente skrik og er vanskelig å trøste. De blir lett overstimulerte, unngår blikkontakt og trenger nærhet, men ikke berøring. Illustrasjonsfoto: NTBscanpix

Forskning viser derimot at metadon gir mest abstinenser når mor har brukt høye doser under svangerskapet. Det er utviklet et lavdose vedlikeholdsprogram for å gi den gravide så lite metadon som mulig i svangerskapet, og dermed redusere abstinensene til det nyfødte barnet (8).

Sykepleie til barna må utføres med rolige bevegelser for å beskytte barnet, og barnet må forberedes på hva som skal skje: «Det skjøre barnet trenger å være forberedt på hva som skal skje, man må ikke plutselig løfte opp barnet. Man må ha silkehanser.»

Unngå øyekontakt

For å forberede barn med NAS på pleiehandling kan sykepleier legge en rolig hånd over

barnets kropp og eventuelt hviske noen ord til barnet før man løfter det opp. Barnet gir signaler på om det vil bli berørt eller ikke ved å rynke på øyebrynene, spenne fra med armer og bein, eller det kan begynne å klynke eller gråte (9).

Vanligvis når man stiller nyfødte, er det naturlig å ha øyekontakt, men overfor disse barna bør øyekontakt unngås: «Unngå øyekontakt, la dem være i fred på en måte, la dem få snu seg vekk og ikke prøv å søke blikket deres.»

Sykepleierne forteller at de venter med å se på barnet til det selv tar initiativ, dette skjer når abstinensene har avtatt. Å se barnet i øynene for tidlig gjør barnet urolig. Barn med abstinenser opplever øyekontakt som et for sterkt stimuli (7, 10). Barnet blir urolig, gråter, stritter imot, kikker vekk, det er ikke i stand til å etablere

øyekontakt (10). En av sykepleierne forteller at for å unngå øyekontakt i matsituasjoner legger de barnet på fanget med bakhodet inntil magen slik at barnet ser ut i rommet, da unngår de øyekontakt. Dette skjer automatisk fordi sykepleierne av erfaring vet at barnet snur seg vekk hvis de får øyekontakt.

Det urolige barnet

Sykepleierne som ble intervjuet forteller videre at barn med NAS har vanskelig for å falle til ro: «Veldig mange av disse barna kan kanskje ha det best alene når abstinensene er på det verste. Ligger de greit i sengen og sover anbefaler vi ikke å ta opp barnet, selv om alle barn trenger hudkontakt. Dersom de endelig har roet seg oppfordrer vi aldri mor å ta barnet opp.»

Sandtrø et al. (9) skriver at barn som ligger i dyp søvn må få ligge i fred, fordi dette er den minst energikrevende tilstanden for barnet. I dyp søvn hemmes nivået av kortisol og adrenalin, og veksthormon frigjøres. Dette må sykepleier kjenne til, da disse barna blir født med lavere fødselsvekt enn friske barn.

En god måte å roe barnet på er å gi det et bad, en av sykepleierne sier det på denne måten: «Prinsen vi har nå, elsker å bade. En kan se en ro i ansiktet når han kommer ned i vannet. Vannet er smertelindrende og barnet slapper av i den stive muskulaturen.

Å bidra til ro hos et skjørt og urolig barn er å



gi barnet øyeblikk der de mestrer livet – plagene blir borte og de får ro. Alt et menneske har er øyeblikkets nå, skriver Travelbee (11). Det gjelder også nyfødte med NAS.»

Sykepleierne forteller at barn med NAS ønsker nærhet, men det må ikke bli for nært: «De vil ikke ha nærkontakt, men de vil ikke ligge alene. De er veldig glad i å bli gått med. Gjerne kenguru hvor vi holder de i sjal, eller i bærestropp, helt inntil, bare for å høre hjertet, men; hands off.»

Kengurumetoden

Kengurumetoden bidrar til å fremme barnets modenhet i forhold til søvn og våkenhet, og bindingen til omsorgspersonen blir sterkere. Hudtil hudkontakt er viktig, men man må passe på at barnet får den type stimulering uten å bli stresset (9). Sykepleier forteller: «Barn liker jo å bli båret på, sånn som han vi har nå. Men han liker ikke å være inntil. Han vil helst være nær, men langt ute på fanget. De er ikke som andre barn som klammer seg til halsgropen og snuser seg nesten fast.»

«Unngå øyekontakt, la dem være i fred på en måte.»

Barn med NAS har ulike behov. Noen opplever mest ro og velvære når de ligger nakne mot et bryst, andre må ha tøy på. Andre har det best i en seng med mørk himling og stille omgivelser (7).

Sykepleierne forteller at de «reirer» barnet for at barnet skal få opplevelsen av ikke å ligge alene, samtidig som de får gitt dem kroppskontakt. Når barnet blir pakket godt inn slapper det mer av i muskulaturen og finner lettere roen. Dette er et av de beste sykepleietiltakene (5).

Videre forteller sykepleierne at det er en utfordring å kle på barnet. Barnet er spastisk, de må bruke god tid for å unngå å stresser eller irritere barnet: «Babyene er skvetne på stellebordet så de trenger veldig mye hjelp til å samle seg. Stellet er derfor i stor grad preget av å samle babyen, holde det mørkt, dempet og rolig rundt dem for å forebygge irritasjon.»

Barn som reires godt vil ligge mer stabilt. Prosedyrer vil kunne gjennomføres raskere og tilføre barnet mindre stress. Barnet faller lettere til ro, et barn som ligger godt har mindre flaksende og uorganiserte bevegelser (9).

Sykepleierne sier det er utfordrende å roe barn med NAS. De bruker av og til sukkervann

og sutt. Barnet får da dekket sitt sugebehov og kan falle i dyp søvn. Tiltaket anses som en form for medisin (5).

Det overfølsomme barnet

Sykepleierne forteller at det er en utfordring å skjerme barna for stimuli: «Det viktigste er å skjerme dem for lyd, lys, lukt og stimulering. De liker ikke å bli tatt på, det er ubehagelig å bli tatt på.»

Barn med NAS kan være hyperfølsomme, de klarer ikke å avbryte stimuli slik et normalt barn gjør. De blir lett overstimulert og viser tegn på mistrivsel (8). Barn med NAS er ikke som andre nyfødte, de kan ikke strukturere, organisere og utelukke sanseinntrykk. De tar inn alle sanseinntrykk og blir overstimulert. Barna reagerer annerledes enn andre barn på kontakt, stimulering og omsorg (10).

Barnets signaler må tas på alvor, det er kun barnet selv som vet hvor mye stimuli det tåler og hva som virker beroligende og lindrende. Barnet må ikke utsettes for stimuli som bringer det ut av balanse (7). Det er derfor nødvendig å anvende spesielle rutiner i sykepleie til barn med NAS for å forebygge understimulering og tidlig frustrasjon (10).

Barnets høyfrekvente skrik er et av vanligste symptomene hos barn med NAS, en av sykepleierne beskriver det slik: «De har et sinnssykt skrik. Om barnet er to, tre eller fire kilo, de har et enormt skrikevolum. Om det er et høyfrekvent eller et vanlig babyskrik er ganske gjenkjennelig. Man hører når det er et abstinensskrik.»

Det høyfrekvente skriket kan ifølge en av sykepleierne vare hele døgnet og er en kraftig appell til den som steller barnet. Barnet appellerer til sykepleierne omsorg: «Jeg har nok veldig omsorg for akkurat disse barna for de trenger mye mer omsorg enn vanlige barn. De har hatt et tøft forløp.»

Slik sykepleieomsorg beskrives av Kari Martinsen som sier at «den andres ansikt gjør meg ansvarlig ... appellen lyser ut av ansiktet og kaller på barmhjertighet» (12 s. 117). Nyfødte som har det vondt er avhengige av at sykepleieren leser barnets appell om omsorg.

Helhetlig omsorg

Det tas i bruk ulike metoder for å kartlegge barn med NAS, som blant annet scoringsskjema og døgnklokke. Sykepleierne er opptatt av å gi barnet helhetlig omsorg og kjærlighet. Forskere på feltet framhever at dette er viktigere enn rent medisinsk-teknologiske tiltak og bør styrkes i omsorgen til barn med NAS i framtiden (5,9).

Begge sykepleierne forteller at det er mangel-

full tilrettelegging for barn med NAS på sykehusene. Selv på et nytt barnesenter er det ikke tilrettelagt for å kunne ta imot barn med NAS. Barn med NAS har behov for ro og skjerming, derfor er det ønskelig med et eget mottaksrom for barna og deres mødre. En av sykepleierne sier: «Vi har jo kun et rom og det er egentlig et isolat, så hvis vi trenger det til andre barn så har vi ikke noe enerom. Da må NAS-barna ligge sammen med tre andre barn og deres foreldre på en firemannsstue. Mye uro, mye lys, alarmer som går, foreldre og søsken som kommer og går.»

Det er godt dokumentert at disse barna bør skjermes for stimuli (4,7,10). Å skjerme barnet for støy ved å gi de enerom kan samtidig styrke foreldrenes omsorg for barnet.

Avslutning

Denne beskrivelsen fra en av sykepleierne kan oppsummere hvor krevende omsorgen til et barn med NAS kan være: «Høyfrekvent skrik, dårlig søvn i perioder, hyperaktiv mororefleks, tremor, økt muskeltonus, intens suging på hender samtidig som det er dårlig til å spise og koordinere, gulper, noen har sprutbrekninger, løs avføring, gjesping, nysing, tett nese, svette, marmorerte, noen puster fort og har generell motorisk uro. Det er de tingene vi ser. De er utrøstelige uansett. Det er rett og slett et utrøstelig barn. Hva vi enn gjør så har de det vondt og viser tegn på ubehag.»

Det meningsfulle i sykepleien til barna er muligheten sykepleieren har til å lindre, trøste og bekrefte et lite, urolig og utrøstelig barn og erfare at barnet får det bedre. ■■■

REFERANSER

1. Helsedirektoratet. Nasjonal retningslinje for legemiddelasistert rehabilitering ved opioidavhengighet. 08/2010. IS-1701. Andvord Grafisk AS, Oslo, 2010.
2. Olofsson M, Lindemann R. Rusmiddelbruk i svangerskapet og konsekvenser for det nyfødte barnet. I: Killen K, Olofsson M. Det sårbare barnet – Barn, foreldre og rusmiddelproblemer. Oslo: Kommuneforlaget, 2003: 39–58.
3. Sandtorv L, Reigstad H, Bruarøy S, Elgen I, Lægrend LM. Har legemiddelasistert rehabilitering i svangerskapet konsekvenser for barna? Tidsskr Nor Lægeforen 2009; 129: 287–90.
4. Kaltenbach KA, Finnegan LP. Prenatal narcotic exposure: Perinatal and developmental effects. Neuro Toxicology 1998; 10: 597–606.
5. Marcellus L. Neonatal Abstinence Syndrome: Reconstructing the Evidence. Neonatal Network 2007; 26 (1): 33–40.
6. Murphy-Oikonen J, Brownlee K, Montelpare W, Gerlach K. The experience of NICU Nurses in Caring for Infants with Neonatal Abstinence Syndrome. Neonatal Netw. 2010;29(5): 307–313.
7. Tølløvsrud JJ. Sykepleie til barn med neurologiske symptomer. I: Tandberg BS, Steinnes S, red. Nyfødt sykepleie 2. Oslo: Cappelen Damm AS., 2009: 257–270.
8. Thormann I, Gulldberg C. Hånden på hjertet. Viborg: Spesial-trykkeriet Viborg AS., 1995.
9. Sandtrø HP. Utviklingsstøttende og familiefokuset omsorg i tråd med NIDCAP. I: Tandberg BS, Steinnes S, red. Nyfødt sykepleie 2. Oslo: Cappelen Damm AS., 2009: 57–79.
10. Olofsson M. Københavnsmodellen. I: Killen K, Olofsson M. Det sårbare barnet Oslo: Kommuneforlaget, 2003: 111–153.
11. Travelbee J. Mellommenneskelige forhold i sykepleie. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS., 2007.
12. Brinchmann B. Etik i sykepleien. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2008.



Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no