

FAGUTVIKLING

Rusavhengige gravide innlagt på tvang bør oppmuntres til brukermedvirkning

Graviditeten kan være en gylden anledning til endring. Helsepersonell må benytte mulighetene til å vekke kvinnenes interesse slik at de involverer seg i behandlingen.

Inger Bjørlien

Enhetsleder og psykiatrisk sykepleier
Enhet for gravide, Sykehuset Innlandet

Siv Skarstein

Førsteamanuensis
Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Fakultet for helsevitenskap, OsloMet – storbyuniversitet

Gravid

Alkohol

Brukermedvirkning

Helsepersonell

Rusmiddel

Sykepleien 2024;112(94384):e-94384

DOI: [10.4220/Sykepleiens.2024.94384](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2024.94384)

Hovedbudskap

Bruk av rusmidler i svangerskapet medfører risiko for barnets utvikling og kan gi alvorlige konsekvenser både ved fødselen og senere i livet. I denne artikkelen deler jeg helsepersonells erfaringer med brukermedvirkning når gravide med rus- og avhengighetsproblematikk blir innlagt uten å ha samtykket. I tillegg beskriver jeg hva som kan fremme og hemme brukermedvirkning.

Introduksjon

I Norge kan gravide kvinner med rus- og avhengighetsproblematikk legges inn uten å ha samtykket i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3 (hol § 10-3) (1). Bruk av innleggelse etter hol § 10-3 er et viktig virkemiddel for å begrense skaderisikoen for barnet som følge av morens rusmiddelbruk i svangerskapet (2).

I tillegg til vernet av fosteret skal helsepersonell ivareta den gravide og oppmuntre kvinnen til å medvirke til egen behandling. Tvangsinnleggelse er komplekst og utfordrende, både faglig, juridisk og etisk.

Førsteforfatteren har selv jobbet flere år ved en regional enhet med ansvar for å behandle gravide med rus- og avhengighetsproblematikk og har erfart muligheter og utfordringer ved dette. Vern av fosteret er hovedbegrunnelsen for at loven ble vedtatt (2).

Et annet viktig formål er at den gravide skal få hjelp med sitt rusmiddelproblem og settes i stand til å være omsorgsperson for barnet sitt. Studier har vist at det er en krevende oppgave for helsepersonell å ivareta pasienter som er tvangsinnlagt, samtidig som de skal gi den gravide en mulighet til endring (3–6).

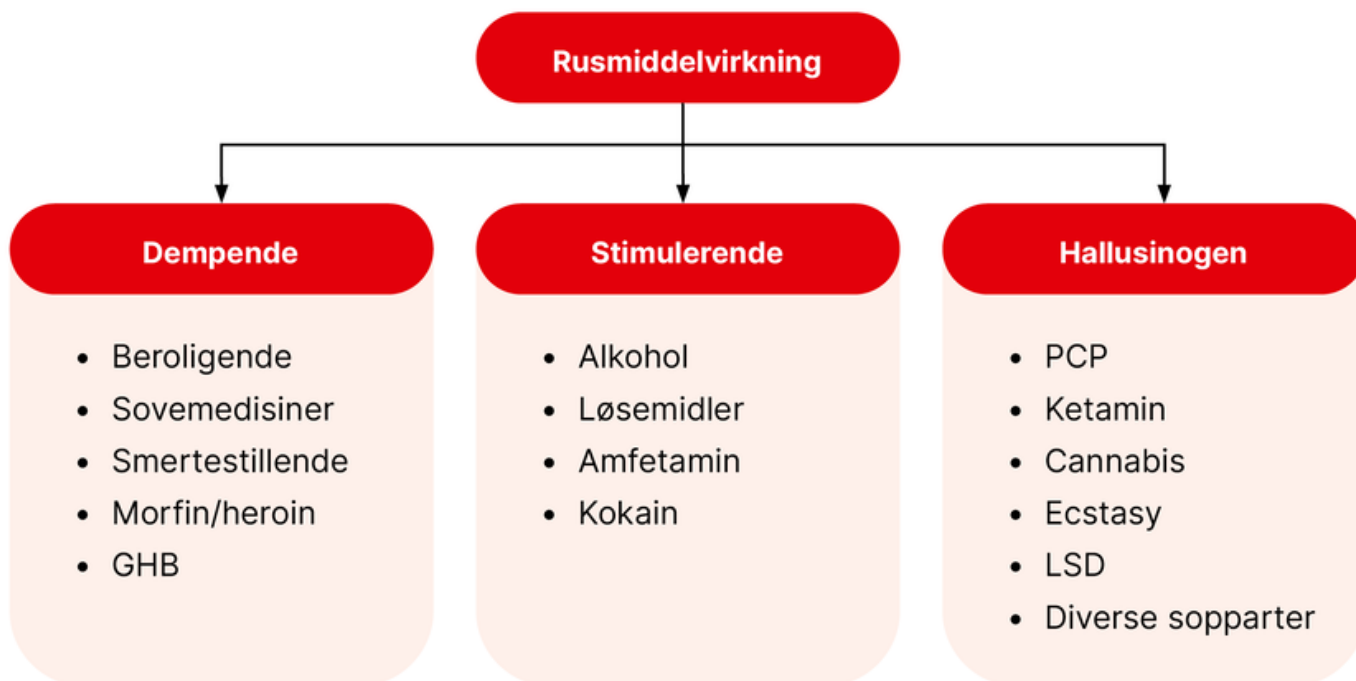
Bruk av rusmidler i svangerskapet er et problem både samfunnsøkonomisk og personlig for kvinnene og barna dette gjelder (7). Bruk av rusmidler i svangerskapet er et problem på verdensbasis. Likevel er den norske lovgivningen enestående i internasjonal sammenheng (4). Loven (1) er kontroversiell fordi tvang i seg selv er en alvorlig inngripen i en persons liv.

Gravide bør ha totalavhold fra rusmidler

Det finnes ikke eksakte tall på hvor mange barn som fødes i Norge med skader som følge av rus- og legemiddelbruk i svangerskapet. Derimot har vi kunnskap om at bruk av rus- og/eller legemidler kan ha signifikant negative effekter på fosterutviklingen. Bruk av substanser i svangerskapet trenger ikke nødvendigvis resultere i misdannelser eller andre fysiske konsekvenser ved fødsel, men kan vise seg som funksjonelle avvik senere i livet (8).

Ulike rusmidler kan ha ulike typer konsekvenser for barnets utvikling. Det gjelder både bruk av alkohol, som er et lovlig rusmiddel, eller narkotiske stoffer, som er illegale rusmidler. Figur 1 viser hvilke kategorier rusmidler kan deles i.

Figur 1. Rusmiddelvirksomheter og klassifisering



Rusmidlenes ulike typer virksomheter er illustrert i figuren.

Forkortelser: GHB = gammahydroksybutyrat, LSD = lysergsyredietylamid, PCP = phencyclidinum, fensyklidin

Kilde: Helsedirektoratet (9)

Anbefalingen er totalavhold fra alle rusmidler i svangerskapet. Alkohol kan gi varige skader på fosteret og er det rusmiddelet som brukes mest i befolkningen. Den største effekten er påvirkning av hjernen med påfølgende atferdsmessige og kognitive utfall.

Noen barn utvikler FAS (*fetal alcohol syndrome*, føtalt alkoholsyndrom) eller FASD (*fetal alcohol spectrum disorder*, føtal alkoholspekterforstyrrelse). FASD er en samlebetegnelse for et vidt spekter av skader som er forårsaket av alkoholbruk i svangerskapet. Når alkohol i svangerskapet har ført til FAS hos barnet, innebærer dette veksthemming, karakteristiske ansiktstrekk og psykisk utviklingshemming (8).

I en studie publisert i *The Lancet Global Health* i 2017 anslås det at 10 prosent av kvinner på verdensbasis drikker alkohol i svangerskapet. Ifølge studien drikker norske kvinner noe mer enn gjennomsnittet, og mer enn nabolandet Sverige. Av 10 000 fødsler i Norge har 30 barn FAS (10).

Graviditeten kan bli overgangen til et rusfritt liv

Bruk av rusmidler har stor innvirkning på en persons liv og fungering. Rusavhengighet er også et relasjonelt problem, som har konsekvenser for og virker inn på familie og nettverk (11).

Rusmiddelbruk har selvfølgelig også negative konsekvenser for gravide kvinner. Mange har opplevd traumer og dårlige omsorgsvilkår i barndommen og oppveksten. Bruk av rusmidler kan være en måte for kvinnen å regulere smerte og vanskelige følelsesmessige tilstander på. For fosteret er det risiko for skade. Rusmiddelavhengighet og graviditet er uforenelig (4, 12).

Helsepersonell skal ivareta både det ufødte barnet og kvinnen

Å vente et barn er noe som forbindes med glede og forventninger. Det setter i gang et ønske om endring og utvikling i den nye tilværelsen (13). Alle ønsker det beste for seg selv og barnet sitt. Å være gravid og rusavhengig fører med seg skam, frykt og dårlig samvittighet (4, 12). Dermed kan graviditeten for mange bli overgangen til et rusfritt liv. Den kan være en viktig periode der kvinnen etablerer seg som en god nok omsorgsperson.

Helsepersonell som ivaretar de gravide kvinnene i behandlingen, spiller en viktig rolle i forløpet. Det er krevende prosesser, og personalet kan stå i dilemmaer der de både skal ivareta barnets helse og den gravides behov og rettigheter. For helsepersonell er det vesentlig å balansere hensynet til barnet og den gravide på en etisk, juridisk og faglig god måte (3).

Helsedirektoratet vektlegger betydningen av en god terapeutisk relasjon. De hevder at den ofte kan være viktigere enn hvilken behandlingsmetode som blir brukt (9). Gjensidighet, genuine relasjoner, erfaring, fagkunnskap og kompetanse er viktige faktorer for helsepersonell i møte med den gravide. Dette er faktorer som påvirker helsepersonellens arbeid (14).

Metode

Undersøkelsen ble planlagt og utført som en del av førsteforfatterens masterstudie i 2022–2023. Studien ble utført med kvalitativ metode og fokusgruppeintervju for å hente inn data (15, 16). Andreforfatteren var veileder på artikkelen.

Jeg ønsket å undersøke hvordan helsepersonell opplevde muligheter og begrensninger for brukervedvirkning i behandlingen av gravide kvinner med rus- og avhengighetsproblematikk, som var innlagt på tvang.

Deltakerne i studien var helsepersonell i spesialisthelsetjenesten. De arbeidet på tre ulike institusjoner som har ansvaret for å behandle gravide med rus- og avhengighetsproblematikk. Deltakerne besto av personell med helse- og sosialfaglig bakgrunn. Antallet varierte mellom tre og fem i gruppene. Til sammen deltok tolv personer.

Jeg gjennomførte ett fokusgruppeintervju ved hver av de tre institusjonene. Det ble gjort lydopptak av intervjuene, som jeg transkriberte og analyserte ved å bruke Malteruds systematiske tekstkondensering (STC, *systematic text condensation*) (15, 17).

Etiske overveielser

Forskningsprosjektet ble godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD), nå kalt Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør (18). Samtlige deltakere fikk skriftlig og muntlig informasjon om studien. Det var frivillig å delta. Samtykke ble innhentet, men kunne når som helst trekkes tilbake. Studien ble gjennomført i henhold til bestemmelser i Helsinkideklarasjonen (19).

Resultater

Jeg innledet intervjuene med spørsmål om hva deltakerne legger i «brukervedvirkning». Videre stilte jeg spørsmål om muligheter, begrensninger og hvilken betydning brukervedvirkning kan ha for utbyttet av behandlingen.

Helsepersonell må skape en allianse med pasienten

Flere av deltakerne beskrev at de hadde møtt motstand fra den gravide i de første møtene. Når den gravide gjør motstand, er det vanskelig for helsepersonellet å komme i posisjon. Dermed er det utfordrende å få den gravide til å bli delaktig i sin egen behandling. En felles erfaring blant deltakerne var betydningen av å skape en relasjon til og allianse med pasienten.

Å møte kvinnen på en respektfull måte som innfrir til tillit og åpenhet, ble påpekt som viktig. Det ble også vist til god informasjon og kommunikasjon som vesentlige faktorer. God informasjon vil legge til rette for engasjement, motivasjon og deltakelse i egen behandling. En deltaker uttrykte følgende:

«Brukervedvirkning er jo faktisk alfa og omega – hvis det ikke er noe vilje eller motivasjon eller ønske, så er det ikke så mye å jobbe ut ifra. Vi må ha dem med på lag.»

«Det er viktig å møte kvinnen der hun er, slik at hun får en følelse av å bli hørt og tatt på alvor.»

Flere av deltakerne trakk frem betydningen av å gi den gravide tid. Det er viktig å møte kvinnen der hun er, slik at hun får en følelse av å bli hørt og tatt på alvor. Helsepersonell må tilstrebe tillit i relasjonen ved å ha gjennomsiktede prosesser og være åpne om vurderinger, slik at den gravide ikke føler at noe foregår bak ryggen på dem. Det er også viktig å invitere kvinnen til å være med på å sette målene selv for oppholdet.

En deltaker sa: «Ja, det er viktig det med tillit, så det er alltid en sånn balanse mellom beskyttelse og tillit hele veien.»

Pasientene er i en kompleks situasjon

Deltakerne trakk frem kompleksiteten i pasientsituasjonene. Flere av kvinnene har en psykisk lidelse, belastende livserfaringer i sin egen oppvekst, begrensede økonomiske ressurser, dårlig bopæl eller mangel på bolig samt marginalt nettverk. Helsepersonell kan oppleve den komplekse situasjonen til pasientene som frustrerende. Deltakerne legger vekt på erfaring og det å «gå i samme tempo» som pasienten, slik at de venter til den gravide er klar for behandling.

En deltaker sa: «Det er jo når de har vært her litt, så ser vi [at] de begynner å endre tankegang, og egentlig ser livet sitt litt sånn på utsiden og ser hva de trenger. Vi snakker da sosiale forhold, psykisk og fysisk helse.»

For flere av kvinnene kan graviditeten komme som en overraskelse i tillegg til innleggelsen på tvang. Det kan bli mye å forholde seg til. For noen utløser graviditeten en ambivalens: Skal hun fortsette eller avbryte svangerskapet ved abort? Den gravide kan frykte for at hun har påført barnet sitt skade ved å ha utsatt det for rus, og kan være preget av skam og skyldfølelse. Deltakerne trakk frem dilemmaet med ambivalensen om å fortsette eller avbryte svangerskapet, da abort er en rettighet kvinnen har. En uttalte:

«Vi kan beskytte det ufødte barnet mot rusmidler, men vi kan ikke beskytte mot den gravidens avgjørelse om å avbryte svangerskapet.»

«Å involvere barnevernet er et vanskelig, men viktig tema.»

I denne fasen understreket helsepersonellet betydningen av å møte kvinnen med respekt og forståelse i en vanskelig situasjon. Helsepersonellet må informere om de ulike mulighetene og lytte til kvinnens behov. Å involvere barnevernet er et vanskelig, men viktig tema. Selv om kontakt med barnevernet er frivillig for den gravide, vil barnevernet bli involvert etter at barnet er født.

Deltakernes erfaring er at fordi den gravide vet at barnevernet vil bli involvert, kan det påvirke hva kvinnen deler i behandlingen. Den gravide kan være bekymret for at informasjon deles videre med barnevernet, og kan frykte å bli vurdert som ikke god nok omsorgsperson. Deltakerne beskrev at deres oppgave er å omtale barnevernstjenestens rolle forholdsvis tidlig i oppholdet og trygge den gravide på at barnevernet vil dem vel.

En deltaker sa: «Så det må vi få slått litt høl på, for den vokser seg bare større og større da – den frykten og alt dette rundt barnevernstjenesten.»

Det er givende når den gravide griper «mulighetens vindu»

Deltakerne var samstemt i at selv om det kan være utfordrende å ivareta brukermedvirkning, er det en unik mulighet når den gravide involverer seg og benytter tilbudet. De trakk særlig frem hvordan de som helsepersonell opplever det som meningsfylt og givende når den gravide bruker behandlingen og oppnår endring og mestring i sitt eget liv.

Det var også en felles oppfatning blant deltakerne at det var innleggelsen som reddet flere av de gravide. De gravide var takknemlig for at noen tok ansvar på deres vegne da de ikke var i stand til det selv:

«Så i forhold til erfaring så vet jeg jo at mange som har vært innlagt på tvang, i etterkant sier at det var det beste som har skjedd dem.»

Diskusjon

En innleggelse uten samtykke og brukermedvirkning er i seg selv motsetningsfylt. Det er inngripende å bli tvangsinnlagt. Tvang går på tvers av tanker om menneskets grunnleggende frihet til å råde over sitt eget liv.

Lundeberg og medarbeidere (2) påpeker at en innleggelse uten pasientens eget samtykke representerer et avvik når det gjelder det enkelte menneskets rett til å bestemme over sitt eget liv. Det er betimelig å spørre hvordan brukermedvirkning kan være mulig ved en innleggelse uten eget samtykke.

«Det er en sårbar gruppe som trenger ekstra sensitiv omsorg.»

Deltakerne i min studie synliggjør retten til og betydningen av brukermedvirkning, men de beskrev også ulike utfordringer de møter i praksis. Hovedargumentet for å benytte innleggelse uten eget samtykke forsvares med konsekvensen av rusmiddelbruk for det ufødte barnet (3).

En innleggelse uten eget samtykke innebærer at kvinnen ikke kan velge om hun skal legges inn eller ikke. Det betyr ikke at hun ikke kan medvirke til sin egen behandling. Når pasienter legges inn uten eget samtykke, legger helsepersonell vekt på å involvere pasienten i alle fasene (20). Det er en sårbar gruppe som trenger ekstra sensitiv omsorg (21, 22).

Deltakerne trakk også frem betydningen av å møte kvinnene på en respektfull måte som inviterer til tillit og åpenhet. Noen innser at innleggelsen var riktig, mens andre strever med usikkerhet om de skal beholde barnet eller avbryte svangerskapet. De opplever tvangen i seg selv som vanskelig, og abort kan være en vei ut av situasjonen (3).

Kvinnen kan velge å avbryte svangerskapet

Til tross for intensjonen med lovgivningen, som er å beskytte fosteret mot ruseksponering, har kvinnen fortsatt rett til å avbryte svangerskapet (2). God brukermedvirkning kan føre til at svangerskapet avbrytes, det samme svangerskapet som lovgivningen og helsepersonellet har til hensikt å beskytte.

Kvinnene kan ha med seg negative erfaringer med hjelpeapparatet og ha vansker med å stole på mennesker rundt seg. De har nylig sluttet å ruse seg og strever fortsatt med abstinenser. Lorvik og Hansen (12) viser også til at den gravides tidligere negative erfaringer er utfordrende faktorer. Samtidig påpeker de at disse kvinnene også ønsker det beste for barnet sitt på lik linje med andre vordende mødre.

Graviditeten kan være en gylden anledning til endring

Med den kjennskapen vi har til avhengighetens natur og innvirkning både fysisk, psykisk og sosialt er det rimelig å anta at det er vanskelig å slutte å ruse seg. Rusavhengighetens kraft trumfer hensynet til barnet. På den ene siden er det viktig å møte kvinnen med respekt og forståelse.

På den annen side er det vesentlig å ha klare rammer for og være tydelige på hvor viktig det er med rusfrihet av hensyn til barnet. Det kan være utfordrende å komme i posisjon til å skape allianse med pasienten. Å etablere en god relasjon til pasientene vektlegges som avgjørende for brukermedvirkning og innflytelse i egen behandling.

Samtidig må helsepersonellet etablere en trygg relasjon med den gravide for at hun skal få en god brukermedvirkning. Brukermedvirkning kan også handle om at pasienten ikke deltar i sin egen behandling eller ikke ønsker behandling, men kun aksepterer oppholdet. Personalets rolle blir å stimulere kvinnen til å bli bevisst på sine egne ressurser for å bidra i sin egen behandling (11).

«Til tross for den sammensatte problematikken og konteksten, er det likevel håp og mulighet for endring.»

Graviditeten i seg selv vektlegges som en gylden mulighet til endring. Den setter i gang dype endringsprosesser på flere områder i livet (5, 21). Ved innleggelsen er den gravide preget av tvil og frykt. Det kan være til hinder for engasjement og involvering.

Til tross for den sammensatte problematikken og konteksten, er det likevel håp og mulighet for endring. Når personalet balanserer støtte og engasjement, rammer og struktur med en sensitiv omsorg og god informasjon, bidrar det til at kvinnene involverer seg og benytter seg av tilbudet. Den gravides involvering i behandlingen er starten på en endringsprosess: «Det er da magien skjer.»

Oppsummering

Min studie viser at det er kompliserte prosesser i behandlingsforløpet til den gravide. Helsepersonell som møter den gravide i behandling, må være bevisst både faglig, etisk og personlig. God informasjon, kommunikasjon og tid er faktorer som har stor betydning for brukermedvirkning og utbytte av behandlingen for den gravide.

Deltakerne vektla at relasjonen som helsepersonell etablerer til pasientene, er avgjørende. Det samme er motivasjon og trygghet hos pasienten og gjennomsiktige prosesser.

Det som utpekte seg spesielt, var hvordan personalet balanserte disse faktorene i behandlingsforløpet til kvinnen. Helsepersonell har rollen som «guide» og må skape en sammenheng for den gravide gjennom oppholdet. Personalet må benytte mulighetene til å komme inn på kvinnene og vekke deres interesse slik at de involverer seg i behandlingen.

På sikt vil et godt behandlingsforløp ha positiv betydning for helsen til både barnet og den gravide.



GRAVIDITET: Bruk av rus- og/eller legemidler kan ha signifikant negative effekter på fosterutviklingen. Tvangsinnleggelse er et viktig virkemiddel for å begrense skaderisikoen for barnet. *Illustrasjonsfoto: Line Fuglehaug / Sykehuset Innlandet*

1. Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30> (nedlastet 03.01.2024).
2. Lundeberg IR, Mjåland K, Søvig KH. Tvang i rusfeltet: regelverk, praksis og erfaringer med tvang. Oslo: Gyldendal Juridisk; 2014.
3. Söderström K, Skolbekken J-A. Pregnancy and substance use – the Norwegian § 10–3 solution. Ethical and clinical reflections related to incarceration of pregnant women to protect the foetus from harmful substances. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*. 2012;29(2):155–71. DOI: [10.2478/v10199-012-0011-1](https://doi.org/10.2478/v10199-012-0011-1)
4. 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. 133–48.
5. Myra SM, Ravndal E, Torsteinsson VW, Øfsti AK. Pregnant substance abusers in voluntary and coercive treatment in Norway: therapists' reflections on change processes and attachment experiences. *J Clin Nurs*. 2018;27(5-6):e959–70. DOI: [10.1111/jocn.14067](https://doi.org/10.1111/jocn.14067)
6. Myra SM, Ravndal E, Torsteinsson VW, Wiig EM. Pregnant substance-abusing women in involuntary treatment: attachment experiences with the unborn child. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*. 2016;33(3):299–316. DOI: [10.1515/nsad-2016-0023](https://doi.org/10.1515/nsad-2016-0023)
7. Folkehelseinstituttet. Bruk av illegale rusmidler hos gravide. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2015. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/cristin-prosjekter/aktiv/bruk-av-illegale-rusmidler-hos-gravide/> (nedlastet 03.01.2024).
8. Helsedirektoratet. Rapport om konsekvenser for fosteret/barnet ved bruk av rusmidler/avhengighetskapende legemidler i svangerskapet. Oslo: Helsedirektoratet; 2015. IS-2438. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/rapport-om-konsekvenser-for-fosteret-barnet-ved-bruk-av-rusmidler-avhengighetskapende-legemidler-i-svangerskapet/Rapport%20avhengighet%20svangerskap.pdf> (nedlastet 03.01.2024).
9. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser. Oslo: Helsedirektoratet; 2012. IS-1948. Tilgjengelig fra: [https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lgning%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lgning%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf) (nedlastet 03.01.2024).

10. Popova S, Lange S, Probst C, Gmel G, Rehm J. Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*. 2017;5(3):e290–9. DOI: [10.1016/S2214-109X\(17\)30021-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30021-9)
11. Lossius K. Håndbok i rusbehandling. 3. utg. Oslo: Gyldendal; 2021.
12. Lorvik IM, Hansen FA. Gravide rusmiddelavhengige. I: Lossius K, red. Håndbok i rusbehandling. 3. utg. Oslo: Gyldendal; 2021. s. 229–47.
13. Brodén M. Graviditetens muligheter: en tid hvor relationer skabes og utvikles. 2. utg. København: Akademisk Forlag; 2007.
14. Sælør KT, Bjerknes SO. Miljøterapi i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. I: Aakre M, Biong S, red. Helsehjelp til personer med ruslidelse. 2. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2018. s. 141–56.
15. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
16. Malterud K. Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag. Oslo: Universitetsforlaget; 2012.
17. Malterud K. Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. *Scand J Public Health*. 2012;40(8):795–805. DOI: [10.1177/1403494812465030](https://doi.org/10.1177/1403494812465030)
18. Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør. Personverntjenester for forskning. Trondheim: Sikt; u.å. Tilgjengelig fra: <https://sikt.no/tjenester/personverntjenester-forskning>(nedlastet 08.01.2024).
19. World Medical Association (WMA). Declaration of Helsinki – ethical principles for medical research involving human subjects. Ferney-Voltaire: WMA; 2022. Tilgjengelig fra: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>(nedlastet 03.01.2024).
20. Helsedirektoratet. Veileder om tvangstiltak overfor mennesker med rusmiddelproblemer – etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10. Oslo: Helsedirektoratet; 2016. IS-2355. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/tvang-overfor-personer-med-rusmiddelproblemer/Tvangstiltak%20overfor%20personer%20med%20rusmiddelproblemer%20%E2%80%93%20Veileder.pdf> (nedlastet 03.01.2024).
21. Söderström K. Mental preparation during pregnancy in women with substance addiction: a qualitative interview-study. *Child & Family Social Work*. 2012;17(4)458–67. DOI: [10.1111/j.1365-2206.2011.00803.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2011.00803.x)
22. Wiig EM. Rusavhengige mødre oppvokst i familier med rusproblemer – en kvalitativ studie av generasjonsoverføring av avhengighet [doktoravhandling]. KoRus Sør, Universitetet i Oslo, Institutt for klinisk medisin, Det medisinske fakultet; 2018. Tilgjengelig fra: <https://korus.no/rusavhengige-moedre-oppvokst-i-familier-med-rusproblemer-doktorgrad>(nedlastet 03.01.2024).