

En etisk drøfting av helsetjenestens håndtering av graviditet og bruk av metadon, buprenorfin eller andre opioider.

(Ethical considerations regarding Opioid Maintenance Treatment and pregnancy)

Reidun Førde (professor, PhD, lege) og Elisabeth Gjerberg (seniorforsker, dr.polit, sosiolog),
Senter for medisinsk etikk, UiO

Reidar Pedersen, (professor, PhD, lege og filosof), Senter for medisinsk etikk, UiO

30. august 2017

Summary

Opioid maintenance treatment (OMT) during pregnancy has caused turbulent discussions and raises many complex ethical questions. Our contribution focuses on the following three questions:

1. Can the use of long acting reversible contraceptives (LARC) be a prerequisite when women want to enter opioid maintenance treatment (OMT)?
2. It has been suggested that pregnant women should be strongly recommended to taper methadone or buprenorphine during pregnancy. What are the ethical consequences/dilemmas linked to such a recommendation?
3. What are the conflicts of interest between a pregnant woman in OMT and her fetus regarding the use of OMT medications during pregnancy?

To answer these questions we did a systematic literature search in the databases Medline, PsychINFO, EMBASE and Cinahl. The search yielded 1160 unique hits. After screening titles and abstracts according to defined relevance criteria, 28 publications were studied in full text. 10 of these were included in our review. Out of the 10 included publications, only one included empirical data on ethical challenges, issues or considerations. Thus, there is limited scientific literature addressing ethical considerations relevant to the three questions above. Most publications focus on anecdotal experiences, opinions and health policy debates originating in the US and on more general questions related to opioid addiction and pregnancy. Furthermore, a substantial amount of the literature was published more than 20 years ago.

The principle of respect for the woman's autonomy is a central value together with beneficence and non maleficence. Drug addiction may reduce the woman's ability to make autonomous decisions. Most women want the baby's best, what is good for the mother is usually also good for the baby. However, the drugs used in OMT may impose serious fetal abstinence syndrome after birth as well as increase the risk of long term neuropsychological problems for the child. Unplanned (and often unwanted) pregnancies should be avoided. Relevant and understandable information to women who are included in an OMT program about the risk of an unplanned pregnancy, and the risk that the OMT-drugs represent for the baby increases the woman's autonomy. When a woman becomes pregnant while being on OMT, she should be offered necessary help to reduce the drugs, bearing in mind that this may be very difficult and that it represents a risk to fall out of OMT program. Voluntariness is a prerequisite, and interventions may include in-hospital treatment. Research on the usefulness, costs and side effects of such approaches should be strengthened.

Sammendrag

LAR-legemidler under graviditet er forbundet med mange komplekse medisinske og etiske utfordringer. Senter for medisinsk etikk fikk i oppdrag, fra Helsedirektoratet å drøfte tre spørsmål knyttet til LAR-behandling:

A. Kan bruk av langtidsvirkende prevensjon settes som en forutsetning for å kunne innlemmes i legemiddelassistert rehabilitering (LAR)?

B. Det har blitt foreslått at gravide i LAR på det sterkeste skal anbefales å trappe ned doseringen av sitt LAR-legemiddel (metadon/buprenorfin) i svangerskapet. Hvilke etiske konsekvenser/dilemma vil en slik anbefaling kunne medføre?

C. Hvilke interessekonflikter finnes mellom den gravide i LAR og fosteret når det gjelder kvinnens bruk av LAR-legemiddel i svangerskapet?

Det ble gjennomført et systematisk litteratursøk i Medline, Embase, PsycInfo og Cinahl. Av 1160 referanser ble 28 potensielt relevante artikler hentet i fulltekst, hvorav 10 ble inkludert.

Litteratursøket viser at det er skrevet svært lite om etiske dilemma for helsepersonell med ansvar for gravide kvinner med rusavhengighet, og det meste som er skrevet er relativ gammel litteratur (fra 1990-årene), fra USA og med et tungt jus-fokus. Både kulturen og helsevesenet i USA er forskjellig fra Norge og har derfor begrenset overføringsverdi. Det meste av litteraturen drøfter rusavhengighet generelt, ikke LAR. I litteraturen advares det mot intervensjoner og holdninger vis a vis den rusmiddelavhengige gravide som inkluderer straffende tiltak. Det oppfordres i stedet til at kvinnen får bestemme og møtes med respekt og støtte. Det forutsettes at de gravide på LAR ønsker barnets beste og handler i tråd med det. Derfor må all intervensjon bygge på god og balansert informasjon om den risikoen foster utsettes for under LAR, og et tilbud om støtte og hjelp basert på kvinnens tillit.

Feltet er komplekst, både medisinsk og etisk. Kunnskapsgrunnlaget mht. mulige skadevirkninger for barnet, både ved fødselen og mht. eventuelle langtidsvirkninger er til dels motstridene og usikre. Det er også tankevekkende at de etiske dilemmaene knyttet til behandlingen er så lite berørt i europeisk litteratur og at jussen i den amerikanske litteraturen legger stor vekt på mors selvbestemmelse og langt mindre vekt på barnets beste.

Som prinsipp har mor og barn felles interesser. Det som gagnar mor, er som regel også godt for barnet. Imidlertid vet vi at LAR-legemidler kan ha uheldige følger for barnet i form av neonatale abstinens-symptomer (NAS) og andre langtidseffekter. Av hensyn både til mors selvbestemmelse og mestring og til et eventuelt barns beste, bør uplanlagte svangerskap unngås ved at kvinner som starter opp på LAR sterkt anbefales å bruke langtidsvirkende prevensjon, samtidig som de får god og realistisk informasjon om hva et uplanlagt svangerskap kan bety for kvinnen selv, og hva barn som eksponeres for LAR-legemidler i svangerskapet utsettes for. Vi advarer mot absolutte krav om bruk av langtidsvirkende prevensjon for inklusjon i LAR-programmet.

Nedtrapping av LAR-legemidler i graviditeten er krevende og i noen tilfeller fører dette til at kvinnen gjenopptar bruk av illegale midler. Forskningen på sammenheng mellom dose

legemidler og forekomsten av NAS er ikke konsistent, men data tyder på at lavest mulig dose tett opp til fødselen er det beste for barnet. Av hensyn til føre var prinsippet, anbefaler vi at kvinnen får tilbud om frivillig nedtrapping av LAR-legemidler med nødvendig og tett psykososial støtte, om ønskelig i institusjon.

1. Innledning

I flg. Nasjonale retningslinjer for gravide i legemiddelassistert rehabilitering (1) ble det forventet at det årlig vil bli født 30-60 barn som har vært eksponert for metadon eller buprenorfin i svangerskapet. Data fra Medisinsk fødselsregister viser stor variasjon i antall fødsler de siste ti årene, med en foreløpig topp på 55 i 2008, til 26 i 2015. De fleste kvinnene har vært en stund i LAR før de blir gravide.

Senter for medisinsk etikk har fått i oppdrag, blant annet ved hjelp av systematisk litteratursøk, å drøfte tre spørsmål knyttet til LAR-behandling:

A. Kan bruk av langtidsvirkende prevensjon settes som en forutsetning for å kunne innlemmes i legemiddelassistert rehabilitering (LAR)?

B. Det har blitt foreslått at gravide i LAR på det sterkeste skal anbefales å trappe ned doseringen av sitt LAR-legemiddel (metadon/buprenorfin) i svangerskapet. Hvilke etiske konsekvenser/dilemma vil en slik anbefaling kunne medføre?

C. Hvilke interessekonflikter finnes mellom den gravide i LAR og fosteret når det gjelder kvinnens bruk av LAR-legemiddel i svangerskapet?

Tidligere studier har vist at kvinnene i LAR har bedre helse og ernæringstilstand enn kvinner med aktivt heroinmisbruk. Bruk av metadon har medført mindre bruk av andre rusmidler, og kvinner i LAR følger i større grad opp svangerskapskontroller, noe som gir en bedre svangerskapsomsorg (2). I en prospektiv kohort-studie av gravide kvinner i LAR, fant Lund, Brendryen og Ravndal (3) at ved fire års oppfølging var de aller fleste kvinnene fortsatt i LAR, bruk av andre rusmidler var fortsatt svært lavt, bruk av andre medikamenter var på samme nivå som ett år etter at de hadde født, mens andelen med psykiske problemer hadde økt. De aller fleste kvinnene som fortsatt deltok i studien ved 4-års oppfølging hadde selv omsorg for barna, men 73% hadde tilsyn fra barnevernet, oftest som forebyggende tiltak. De aller fleste barna var i barnehage. Også Welle-Strands intervjuer med mødre på LAR, viser at et stort flertall selv har omsorg for barnet på oppfølgingstidspunkt 8-12 år etter fødselen (Welle-Strand – preliminaire funn, 2017). LAR er således positivt for kvinnene og reduserer problemene forbundet med heroinmisbruk. Likevel tyder forskningen på at LAR-legemidlene i svangerskapet fører til at en høy andel barn fødes med neonatale abstinenssymptomer (NAS) og økt sannsynlighet for nevropsykologiske problemer senere i livet. Dette representerer etiske dilemma for helsepersonell som det er viktig å håndtere på en god måte.

Etiske dilemma kan defineres som situasjoner der det oppstår tvil, usikkerhet eller uenighet om hva som er riktig eller galt, godt eller ondt. En etisk drøfting av dilemma knyttet til LAR og graviditet inkluderer en kritisk vurdering av hvilke valg og handlingsalternativer som finnes, hva som er en god beslutningsprosess, fordeler og ulemper for alle berørte parter (inkludert fosteret/barnet) ved ulike løsninger, hva vi ikke vet og hvilke verdier og lover som står på spill. Spørsmål knyttet til selvbestemmelse, tvang og press er sentrale både før, under og etter graviditet.

1.1 Noen sentrale etiske dilemma

Svangerskapsomsorgen i Norge er først fremst en forebyggende helsetjeneste. Gjennom anamnese og undersøkelser identifiseres tidlige tegn til sykdom hos kvinne og foster. I tillegg skal oppfølging og omsorg gi kvinnen støtte og hjelp til egen mestring og til de kommende

omsorgsoppgavene. Dette krever en biopsykososial tilnærming. Et tradisjonelt biomedisinsk perspektiv, med ensidig vekt på det somatiske og på svikt og risiko kan true omsorgsperspektivet og andre sentrale verdier, som respekt for kvinnens autonomi og hjelp til mestring. Fødselshjelpen er etisk komplisert av flere grunner. En grunn er at man her har med to «pasienter» å gjøre, og i noen tilfeller kan den gravide og fosteret ha ulike interesser. Kvinnen har full råderett over svangerskapet til utgangen av uke 12, men lovverket gir fosteret et økende rettsvern utover i svangerskapet.

Vi vet altså at barn av kvinner på LAR har økt risiko for NAS ved fødsel og ukene etterpå, og at de har økt risiko for psykososiale problemer i oppveksten. NAS har fått stor oppmerksomhet fra helsepersonell som uttrykker bekymring både for de plager den nyfødte utsettes for og for deres senere situasjon. Spørsmålet for helsetjenesten er hvilke tiltak som er etisk forsvarlige for å redusere risikoen for barna? De etiske dilemmaene knyttet til LAR under graviditeten, kan ikke drøftes uten gode empiriske data der fordeler og ulemper og ulike verdier synliggjøres og vektes.

Metadon/buprenorfin, kombinert med rehabilitering og støtte, er mindre skadelig for fosteret enn heroinbruk i svangerskapet (2). LAR kan derfor sees på som skadereduksjon og i fosterets interesse, gitt at kvinnen ikke kan bli kvitt alle former for skadelig avhengighet før hun blir gravid eller under svangerskapet i god tid før fødselen.

Sentralt i dette spørsmål er hvordan rusavhengighet defineres. Når avhengighet ses på som et medisinsk problem, kan LAR -behandling sammenlignes med annen legemiddelbehandling som også innebærer risiko for fosteret, for eksempel cellegift, midler mot epilepsi og alvorlig akne, eller blodfortynnende midler. I noen av disse er det ukontroversielt at kvinnen anbefales sikker prevensjon mens behandlingen pågår, eller at behandlingen begrenses til lavest mulig dose og kortest mulige behandlingsperiode (4)

Kvinnens mulighet for å ta autonome valg

Et dominerende symptom ved rusavhengighet er sterk fysisk og psykisk abstinens ved seponering eller dosereduksjon. Knyttet til dette er da spørsmålet om kvinnen kan gjøre rasjonelle valg i forhold til sin rusavhengighet. Etisk befinner vi oss her i et paradoks: Kvinnens autonomi er et sentralt ideal både i jus og etikk, samtidig som man kan spørre om kvinnen fyller kravet til å kunne gjøre autonome valg på grunn av sin avhengighet / behov for legemidler.

LAR er behandling som allerede styrker kvinnens mestring ved hjelp av legemidler som demper behov for heroinrus, og LAR-programmet fremmer et mer ordnet liv og bedrer derigjennom kvinnens helse. I den sammenheng er det verdt å merke seg at selve LAR-programmet også stiller krav til oppfølging og samarbeid. Vi vet at noen ved god hjelp og støtte greier å bli både rusfri og komme av LAR, og vi vet at mange gravide *ønsker* å komme av legemidler eller gå på en lavest mulig dose. Vi vet også at institusjonsbehandling kan være til hjelp for å slutte med LAR. Dersom rusfrihet eller redusert legemiddelinntak i graviditeten er i tråd med kvinnens mål og verdier av hensyn til barnet, kan man da forsvare det som tilsynelatende ser ut som mer autoritære oppfordringer, for eksempel om sikker prevensjon en periode slik at svangerskap kan planlegges og tilrettelegges for? Igjen er empiri et viktig grunnlag for balansert etisk drøfting og for etisk forsvarlige intervensjoner. Mangelen på relevant og god empiri om effekten og bivirkningene av ulike tilnærminger på kort og på lang sikt er i dag et hinder for en visshet om at slike intervensjoner samlet sett er et gode. Man må anta at både kvantitative og kvalitative

metoder er nødvendig i den videre forskning for å oppnå et nødvendig kunnskapsgrunnlag på dette feltet.

Usikker kunnskap

Data om risiko for utvikling av NAS ved LAR under graviditet varierer. F.eks. oppgir Cleary og medarbeidere i en systematisk oversikt og meta-analyse (5) at mellom 45-97% utvikler NAS, Stewart og medarbeidere anslår 60-90% (6), mens Welle-Strand oppgir at mellom 40-90% av barna utvikler alvorlige abstinenssymptom etter fødselen (2). Om det er etisk riktig å stille krav om prevensjon mens de får tilgang til LAR, påvirkes ikke betydelig av om risikoen for NAS er 40 eller 90 %. Det viktigste er at plagsomme og ofte langvarige symptom rammer en stor andel av barna i opp til flere uker etter fødselen. Hadde en annen tilstand rammet nyfødte på samme måten, ville samfunnet og helsetjenesten sannsynligvis satt inn store ressurser både til forskning og forebygging.

Også data på effekt av nedtrapping av LAR-legemidler i svangerskapet er inkonsistente. At mengden med legemidler opprettholdes (eller endog økes ved behov) hos gravide i LAR, forsvares med at nedtrapping er uhyre vanskelig, og at det kan føre til at kvinnen tyr til ulovlige og langt mer skadelige stoff for å dempe abstinenssymptomer (7). For at nedtrapping skal lykkes, kreves tett oppfølging og psykososial støtte. Hva som er nødvendig støtte og effekten av nedtrapping for gravide i LAR under god oppfølging, er det lite forskningsbaserte kunnskaper om. Trolig er dette påvirket både av individuelle, kulturelle og sosiale faktorer.

Noen studier finner at varighet og alvorlighet av neonatale abstinens-symptomer påvirkes av hvor mye metadon etc. kvinnen bruker (6, 8). Andre (9-11), hevder at alvorlighet og varighet av NAS er dose-uavhengig, og at en reduksjon av dose kan medføre bruk av andre medikamenter i tillegg, og derved økt risiko for fosteret (12). I en systematisk oversikt og metaanalyse om sammenheng mellom dose metadon og omfang av NAS, hevder Cleary og medarbeidere at det ikke finnes en signifikant sammenheng mellom forekomst, alvorlighet og varighet av NAS og metadon- dose (5). I en nylig gjennomført kunnskapsoppsummering om nedtrapping av metadon eller buprenorfin i svangerskapet konkluderer Bramness (13) at det fortsatt er et begrenset kunnskapstilfang på dette området, men at mors avholdenhet ved fødselen er den klart viktigste faktoren for fødselsutfall, dvs. at barn av kvinner som hadde trappet ned og som ikke sto på LAR-legemidler eller andre opioider ved fødselen, sjeldnere opplevde NAS, de hadde høyere fødselsvekt, var sjeldnere premature og hadde større hodeomkrets.

Hvordan går det med barna? Dette spørsmålet er også relevant for en etisk drøfting. I Sandorv og medarbeideres studie ble barn født av mødre i LAR, fulgt opp i ca. 2,5 år, og ved avslutning av studien (ca. 30 mnd.) hadde halvparten av barna normal psykomotorisk utvikling. 5 av 13 barn bodde i fosterhjem (14). I en kunnskapsoppsummering av kognitiv utvikling hos barn som har vært eksponert for (LAR), hevder Konijnenberg og medarbeidere at studiene viser motstridende resultat, og at dette blant annet kan skyldes at en del kvinner bruker andre medikamenter i tillegg til LAR, at studiene har anvendt forskjellige tester og at barna har hatt ulik alder når de ble testet (15). I en prospektiv longitudinell studie der barn født av kvinner i LAR ble sammenliknet med barn født uten denne type eksponering finner Konijnenberg og medarbeidere at barn i LAR-gruppen scoret signifikant lavere med hensyn til kognitiv utvikling og kvaliteten på mor-barn relasjonen (16).

Ifølge Welle-Strand er det få studier med langtidsoppfølging av barn som har vært eksponert for LAR, og det er en rekke metodologiske problemer knyttet til studiene (2). Barns mestring og helse må antas å være påvirket av en rekke forhold, annen sykdom og psykososiale problemer og ressurser hos foreldrene og den støtte og hjelp som familiene har mottatt.

En ny systematisk oversikt om langtidseffekter hos barnet ved bruk av metadon/buprenorfin (og andre opioider) i svangerskapet (17), viser ikke entydige resultater. En gjennomgang av 58 inkluderte enkeltstudier viser at i 20 studier er det en klar negativ effekt på psykomotoriske og kognitive ferdigheter, så vel som visuell funksjon, immunologisk status og barnedødelighet, hos de barna som er eksponert for disse legemidlene sammenliknet med rusfrie barn. 17 studier finner noen negative effekter, men funnene ligger innenfor normal variasjon, eller forskjellene mellom de eksponerte barna og de som ikke er eksponerte, er ikke statistisk signifikante. 11 studier finner ingen negative langtidseffekter. Negativ påvirkning av visuell funksjon er mindre motstridende. Forfatterne påpeker også mulige effekter på lang sikt som krever oppfølging for sikker registrering. De gir uttrykk for at funnene må tolkes med varsomhet; det er ofte små utvalg, effektene er relativt moderate, og funnene er av og til vanskelige å kontrollere for sidemisbruk og sosio-økonomiske faktorer. De konkluderer med at eksponering for opioider kan føre til noen negative langtidseffekter på psykomotoriske evner, kognitive evner og syn hos noen barn, og det klart beste alternativet er et rusfritt svangerskap.

2. Metode for litteratursøket

2.1 Søkestrategi

For å identifisere relevant litteratur ble det søkt systematisk i fire litteraturdatabaser: Medline, Embase, PsycINFO, Cinahl. Vi foretok i utgangspunktet et ganske bredt søk som skulle favne alle tre problemstillingene (se over). Se for øvrig vedlegg 1-4 for detaljert søkestrategi i hver av litteraturdatabasene. Søkene ble gjennomført i februar/mars 2017 av bibliotekar ved medisinsk bibliotek, UiO i samarbeid med SME. Det ble søkt både på systematiske oversikter og enkeltstudier. Vi hadde ingen begrensninger på studiedesign eller vitenskapelig metode.

2.2 Inklusjonskriterier

Søkene er basert på inklusjonskriterier knyttet til hhv. *populasjon* (gravide kvinner med medikamentmisbruk, eventuelt barn som har vært eksponert for LAR, heroin eller andre opiater i fosterstadiet), *tiltak/intervensjon* (LAR, bruk av andre illegale stoffer, nedtrapping), *utfall* (etiske utfordringer/dilemmaer). Det ble ikke angitt begrensninger på tidsrom, men artiklene måtte enten være engelskspråklige eller skrevet på ett av de nordiske språk.

2.3 Utvalg av artikler og presentasjon av hva vi fant

EG gikk gjennom de første litteratursøkene basert på tittel og sammendrag (noen artikler manglet sammendrag), og valgte ut artikler av potensiell interesse. Deretter gikk RF og EG gjennom utvalgte titler og sammendrag uavhengig av hverandre for å vurdere hva som skulle hentes inn i fulltekst. Det ble laget en «ekstraksjonstabell» med informasjon om forfatter, årstall, opprinnelsesland, hensikt, funn og vår konklusjon i forhold til inklusjon/eksklusjon (se vedlegg 5). Synspunktene på mulig inklusjon/eksklusjon ble diskutert (RF og EG), med stor grad av enighet. På denne bakgrunn er det laget en kvalitativ gjennomgang av de inkluderte studiene.

3. Litteraturoversikt – hva vi fant

Søket genererte i alt 1160 publikasjoner, kontrollert for dubletter. Av disse ble 28 artikler hentet inn i fulltekst som potensielt relevante. Av disse viste det seg at fire var kommentarer/innspill til en annen av de inkluderte artiklene. I tillegg var en av de potensielt relevante artiklene en poster fra en konferanse. Disse ble ekskludert. Av de 23 gjenstående artiklene valgte vi å inkludere til sammen 10 artikler.

Av de artiklene som ble inkludert, var det kun en empirisk studie (18). Pga. det svært begrensede antall publiserte studier relevant for vårt oppdrag har vi derfor også valgt å inkludere artikler som drøfter etiske spørsmål knyttet til våre tema mer generelt, for eksempel etiske dilemma ved bruk av tvang eller press overfor gravide.

Hovedinntrykket er således at det er foretatt svært lite forskning om etiske spørsmål eller utfordringer knyttet til helsetjenester til gravide kvinners bruk av opioider eller som får behandling for dette (OMT/LAR). Litteraturen er vel så mye basert på drøftinger av erfaringer og aktuelle helsepolitiske debatter som på forskning. Det meste av litteraturen vi har funnet er basert på studier og drøftinger med utgangspunkt i amerikanske forhold, og bare unntaksvis er det spesifikt knyttet opp mot OMT/LAR. En del av litteraturen er publisert for mer enn 20 år siden.

I det videre redegjør vi for hva fant, knyttet opp til hver av de tre hovedspørsmålene.

En mye brukt metode for etisk drøfting er en «sekstrinnsmodell, den såkalte SME-modellen» (19):

1. *Hva er de etiske dilemmaene i saken?*
2. *Hva er de empiriske faktaene, usikkerhet, tvetydighet i kunnskapsgrunnlaget?*
3. *Hvem er de berørte parter og deres syn og interesser?*
4. *Hva er sentrale verdier i saken, hva er relevante juridiske føringer, og erfaring fra lignende saker?*
I vår drøfting belyses særlig prinsippene velgjørenhet, ikke skade, rettferdighet og prinsippet om respekt for kvinnens autonomi
5. *Hva er akseptable handlingsalternativer*
6. *Eventuell konklusjon*

I drøftingen av spørsmål 1 og 2 fra Helsedirektoratet vil vi bruke noe av strukturen i modellen over. Spørsmål 3 er et overordnet spørsmål uten konkrete etiske dilemma og vil derfor drøftes uten bruk av SME-modellen.

3.1 Spørsmål 1: Kan bruk av langtidsvirkende prevensjon settes som en forutsetning for å kunne innlemmes i legemiddelassistert rehabilitering (LAR)?

3.1.1 Fakta i saken

Hensikten med langtidsvirkende prevensjon som en forutsetning for å innlemmes i LAR vil først og fremst være å hindre mulige negative konsekvenser for fosteret dersom kvinnen blir gravid. Det finnes i dag ingen pålegg eller anbefaling om bruk av prevensjon, men dagens retningslinjer anbefaler at kvinnene informeres om prevensjonsalternativer, og at det er økt sjanse for å bli

gravid etter oppstart i LAR (1). Samtidig vet vi at barn som utsettes for LAR-legemidler har økt sykkelighet.

Kvinner i LAR har rett på gratis prevensjon, men vi vet lite om hvordan disse vil oppleve og reagere på at det stilles krav om sikker prevensjon. Vi kjenner også for lite til de aktuelle kvinnes ønske om å få barn, men studier viser at langt flere svangerskap er uplanlagt sammenlignet med befolkningen ellers (20).

Dersom LAR har begrenset kapasitet, må man anta at det er de mest motiverte og ressurssterke som kommer inn i programmet, mens de andre fortsetter et rusmiddelbruk som er en trussel både mot dem selv og deres kommende barn.

3.1.2 Berørte parter og deres interesser

Kvinnerens reproduktive frihet er sentral, å gripe inn med tvang for å styre denne kan sies å være et overgrep. Mange kvinner på LAR blir altså uplanlagt gravide. Det er en betydelig overhyppighet av somatisk og psykisk sykdom blant LAR pasienter. Mange har lite sosialt støtteapparat. Å unngå uplanlagt graviditet må antas å være i disse kvinnes interesser. På samme måten må en planlagt og ønsket graviditet med lavest mulig risiko antas også å være i det kommende barnets interesser. Når svangerskapet kan planlegges, kan forholdene bedre legges til rette slik at svangerskapet kan gjennomføres med nødvendig støtte og hjelp til både det kommende barnet og kvinnen. Pga. økt risiko for barnet både for NAS, redusert fødselsvekt, samt økt sykkelighet og psykososiale problem i barneårene, taler også samfunnsøkonomiske hensyn og interesser for å redusere antall barn som utsettes for LAR under graviditet eller evt. andre rusmidler mest mulig. Dersom et krav om prevensjon fører til at færre kvinner takker ja til LAR (og kanskje likevel blir gravide), at gravide i LAR eventuelt lar være å fortelle om sin graviditet, eller at flere kvinner i LAR velger å ta abort, så kan det tale mot et slikt krav.

3.1.3 Etske hensyn

Vi fant ingen studier som har undersøkt de etske utfordringene knyttet spesifikt til dette spørsmålet, men en artikkel av Lucke og Hall drøfter etikken knyttet til bruk av økonomiske insentiver for å oppfordre rusavhengige kvinner til å bruke langtidsvirkende prevensjon (21), og en artikkel stiller spørsmål ved bruk av tvang mot gravide misbrukere (10), synspunkter som også kan være relevante for diskusjonen om å stille bruk av langtidsvirkende prevensjon som forutsetning for å bli inkludert i LAR.

Artikkelen av Lucke og Hall (21) drøfter tre spørsmål: 1) Hvilke “reproduktive” rettigheter har rus-misbrukende kvinner? 2) Undergraver økonomiske insentiver rusavhengige kvinners muligheter for å ta en fri og informert beslutning om langtidsvirkende prevensjon? Og 3) Hvordan kan vi best hjelpe rusavhengige kvinner til å få gode reproduktive helsetjenester og behandling for sin avhengighet. Spørsmålene drøftes i lys av de etske prinsippene om hhv autonomi, velgjørenhet, ikke-skade og rettferdighet. Artikkelen tar utgangspunkt i at misbruk i svangerskapet kan ha potensielt alvorlige virkninger for både mor, fosterets og barnets utvikling, og det å hjelpe kvinner med rusproblemer til å planlegge graviditet eller forhindre svangerskap som ikke er ønsket, vil være viktig både for mors og barnets helse, samtidig som det vil styrke rusmisbrukeres autonomi i beslutninger når det gjelder å bli gravid. Helsetjenestens tilbud til disse kvinnene kan bare forsvares dersom det tas utgangspunkt i deres egne ønsker, noe annet vil illustrere mangel på respekt for deres autonomi og svekke deres selvstendighet.

På spørsmålet om økonomiske insentiver kan undergrave evnen til en fri og informert beslutning, understrekes det at insentiver bør anvendes slik at den enkeltes autonomi ivaretas, at tiltaket er potensielt nyttig, samtidig som det reduserer potensialet for skade. Her vil omfanget av økonomiske insentiver og måten det gis på være relevant. Artikkelen drøfter fordeler og ulemper med langtidsvirkende prevensjon (først og fremst reversible former for prevensjon), og understreker at kvinnen må gis god informasjon for å velge det som er best for henne. De konkluderer med at moderate økonomiske eller ikke-økonomiske insentiver ved reversible prevensjonsmetoder kan være etisk forsvarlig og effektivt for å fremme reproduktiv helse og behandling for rusmisbrukere, men at det her trengs mer forskning.

Krav om bruk av langtidsvirkende prevensjon for å bli innlemmet i LAR kan medføre at noen takker nei til LAR. Et slikt krav kan fungere som en silingsmekanisme for de mest motiverte og kanskje mest ressurssterke, og derved true rettferdighets- og likebehandlingsidealene både overfor kvinnene og deres potensielle barn. LAR er klart bedre både for mor og barn enn manglende behandlingstilbud der bruken av illegale stoff dominerer. Dette truer i så fall også solidaritetsidealene / omsorg for de mest sårbare og minst ressurssterke.

Prinsippene om rettferdighet og velgjørenhet tilsier at kvinner som sier nei til prevensjon, må møtes med forståelse og omsorg, og et likeverdig helsetilbud.

Som nevnt er det en artikkel Kremer & Arora (10) som stiller spørsmål ved bruk av tvang overfor gravide misbrukere, som kan sees som en analogi til bruk av press/krav/tvang overfor kvinner som er innlemmet i LAR. Kremer og Arora tar klart avstand fra kriminalisering av gravide misbrukere, og mener det hindrer kvinnene i å søke helsehjelp.

Vi må anta at også kvinner på LAR ønsker mest mulig forutsigbarhet og kontroll over sitt liv, og at de ikke ønsker å skade et eventuelt foster / barn. Dette gjør informasjon til kvinner på LAR svært viktig både mht. at det er økt sannsynlighet for å bli gravid når man starter med LAR, konsekvensene av eventuelt uønsket svangerskap og de valg hun da stilles overfor. I tillegg bør kvinnen få oppdatert informasjon om de helsemessige konsekvenser som barn som fødes etter eksponering for metadon eller buprenorfin i svangerskapet utsettes for. Dette gjelder både NAS og mulige senskader. Her vil oppdatert kunnskap, som f.eks. kunnskapsoppsummeringen fra Midtlyng og Høiseth (2017) være sentral. Dette kan være ubehagelig informasjon, men er ikke desto mindre svært viktig for å styrke kvinnens autonome valg, samtidig som både velgjørenhetsprinsippet og ikke-skadep prinsippet ivaretas. Et planlagt svangerskap styrker som nevnt også kvinnens autonomi.

Mulig negative konsekvenser ved å stille krav om bruk av langtidsvirkende prevensjon for å få tilbud om LAR må tas med i drøftingen. Krav om bruk av langtidsvirkende (og reversibel) prevensjon, kan oppleves som – og er en form for press/tvang dersom LAR er hennes eneste realistiske mulighet til å komme ut av rusmisbruket. Et absolutt krav svekker også hennes rettighet til selv å bestemme når hun vil bli gravid. Helsepersonell må her være oppmerksom på sin egen maktposisjon, og at et slikt tiltak kan oppleves som en form for sosial kontroll av en bestemt gruppe kvinner.

Spørsmålet om krav til langtidsvirkende prevensjon ved LAR henger også sammen med spørsmålet om det er mulig å redusere risikoen for fosteret ved en eventuell graviditet, f.eks. gjennom å trappe ned/seponere LAR. Hvis dette er mulig vil det være mindre viktig med prevensjon. For et flertall av kvinnene i LAR er nedtrapping/seponering trolig svært utfordrende

eller umulig, men trenger vi mer kunnskap om i hvilken grad dette er mulig (se drøftingen av spørsmål nr 2).

3.1.4 Handlingsalternativer

- *Ingen krav stilles og ingen klar anbefaling gis, praksis er som i dag*
- *Det stilles krav om sikker prevensjon for å få tilgang til LAR*
- *Det anbefales sterkt, men det stilles ikke som absolutt krav, at kvinnen går på langtidsvirkende prevensjon når hun inkluderes i LAR.*

Konklusjon

Basert på refleksjonen over vil vi foreslå at praksis legges om, dvs. at en prøver ut en praksis der en sterkt anbefaler langtidsvirkende prevensjon for å hindre mulige uønskede konsekvenser, og at retningslinjene gir klare føringer for hvordan dette skal praktiseres. I dette inngår grundig informasjon om konsekvensene for kvinnen selv og for det eventuelle barnet at graviditet planlegges og at fosteret da får et best mulig utgangspunkt. Planlagt graviditet øker kvinnens autonomi / mestring.

Kvinner som ikke ønsker prevensjon må møtes med respekt og støtte. Det bør innhentes systematisk kunnskap om erfaringer med denne praksisen, før eventuelle krav til prevensjon stilles. Å gi god informasjon og klare anbefalinger framfor absolutte krav er også i tråd med juridiske anbefalinger av Søvig (22).

3.2 Spørsmål 2: Det har blitt foreslått at gravide i LAR på det sterkeste skal anbefales å trappe ned doseringen av sitt LAR-legemiddel (metadon/buprenorfin) i svangerskapet. Hvilke etiske konsekvenser/dilemma vil en slik anbefaling kunne medføre?

3.2.1 Fakta i saken

Praksis i dag er at gravide på LAR anbefales å fortsette medikasjonen, men at de har mulighet for nedtrapping hvis de ønsker det, og at nedtrappingen skjer under betryggende forhold (1). En viktig grunn for nedtrapping i svangerskapet er å redusere faren for NAS hos barnet (1), samt unngå mulige andre senskader, jfr. Midtlyng og Høiseth (17).

Kunnskapsgrunnlaget for nedtrapping av LAR-legemidler for å redusere NAS er altså noe sprikende; Cleary og medarbeideres systematiske oversikt og meta-analyse fra 2010 (5) viser ingen signifikante forskjeller for NAS relatert til dose metadon, mens senere enkeltstudier, for eksempel Stewart et al (6) fant positive effekt av nedtrapping på NAS.

Bramness' systematisk litteraturgjennomgang fra 2017 (13) finner at neonatale utfall er svært avhengig av mors bruk av medikamenter ved fødselen, f.eks. lavere forekomst av NAS, mindre prematuritet og høyere fødselsvekt. Welle-Strand fant også at kvinner i LAR som klarer å trappe ned metadonbruken med 50% i løpet av svangerskapet føder barn med høyere fødselsvekt enn kvinner som trappet ned 11-50% (23).

Mot nedtrapping taler imidlertid at det øker risikoen for bruk av illegale rusmidler spesielt den første tiden, noe som kan medføre alvorlige konsekvenser både for kvinnen og fosteret.

Nedtrapping fra metadon/buprenorfin er vanskelig, en vellykket nedtrapping antas å være mulig bare blant ca. 20% av hele LAR-populasjonen, men med stor variasjon og usikkerhet knyttet til tallene, og kunnskapsgrunnlaget er mangelfullt (24). Også hos gravide kvinner på LAR, synes nedtrapping svært vanskelig. Bramness anslår at frivillig nedtrapping på LAR har lyktes hos fra 1-9% av kvinnene, men at kontroll og støtte samt nedtrapping i institusjon øker sjansen for å lykkes (13). Man må anta, at selv om få lykkes å trappe helt eller vesentlig ned, er mindre eksponering i slutten av svangerskapet av betydning for barna og for kvinnen selv.

Det er altså vanskelig, men ikke umulig for kvinnen å trappe ned LAR-legemidler. Helt sentralt her er en kombinasjon av sosial støtte og kontroll. Frivillig nedtrapping synes spesielt vanskelig utenfor institusjon. Individuelt tilpasset motivasjon, sosial støtte og kontroll synes avgjørende, sammen med en kontinuerlig vurdering om en skal fortsette nedtrappingen, noe en case-studie av Welle-Strand illustrerer (25). Høyere grad av vellykket nedtrapping der kvinnene er i institusjon under nedtrapping, synliggjør betydningen av kontroll og sosial støtte. F.eks. fant Haabrekke og medarbeidere (26) at barn født av kvinner som trappet ned innlagt i institusjon ikke hadde NAS, og hadde bedre utfall mht. gestasjonsalder og hodeomkrets. Det er i dag en rekke institusjoner som tar i mot kvinner til både frivillig og tvungen nedtrapping.

Et viktig spørsmål er om nedtrapping har negative virkninger for fosteret, framfor alt om fosteret har abstinens knyttet til reduserte doser. Så vidt vi vet, finnes ikke sikre holdepunkter for dette, men dette kan trolig heller ikke utelukkes. Iflg. Bramness finnes for få studier av hvilke konsekvenser nedtrapping har for fosteret (13). Om eventuell ubehag for fosteret pga. nedtrapping oppveies av positive virkninger har sterk etisk relevans. Framtidig forskning bør ha som mål å kunne undersøke dette. I dag er dette metodisk vanskelig.

Vi vet også at mors psykiske helse kan påvirke fosteret. Sterk abstinens, økt angst og uro vil kunne ha negative konsekvenser for fosteret.

3.2.2 Berørte parter

Berørte parter er som i spørsmål 1; kvinnen barnet/fosteret, resten av familien, helsepersonellet (de som behandler rusproblemet, de som hjelper kvinnen under graviditet/fødsel, og de som hjelper det nyfødte barnet) og samfunnet som helhet. Barnekonvensjonen, artikkel 3 legger til grunn at barnets beste skal være et grunnleggende hensyn (27). Dette fremheves også i Nasjonale retningslinjer (1); hensynet til barnets beste skal veie tyngst der mors og barnets interesser står i motsetning til hverandre. Føre-var prinsippet tilsier at man vil unngå å utsette fosteret for skadelig påvirkning, og det må også bety de negative virkningene som kan sees ved bruk av LAR-medikasjon.

Dersom nedtrapping skal forsøkes, krever dette tett oppfølging, ressurser og støtte for at det skal lykkes. Dersom kvinnen har barn fra før, vil disse bli berørt dersom nedtrapping forstyrrer familiens stabilitet og øker mors stress og angst. Berørte parter er også helsepersonell som skal ta hånd om barnet med NAS. Det å være konfrontert med barn som lider og som ikke lar seg trøste på vanlig måte, må antas å være en belastning først og fremst for kvinnen selv, men også for de som skal ta hånd om barnet (18). NAS medfører behov for forlenget liggetid i institusjon etter fødselen og har således økonomiske og samfunnsmessige implikasjoner. Siden kvinner i LAR har økt sykelighet og økt forekomst av psykososiale problemer, er dette et komplisert

«regnskap». Trolig er det ikke samfunnsøkonomiske hensyn, men grunnleggende verdier det som må vektlegges.

3.2.3 Verdier, retningslinjer etc.

Vi har ikke funnet noen studier eller artikler som direkte drøfter de etiske utfordringene knyttet til nedtrapping. En artikkel, «Clinical, Ethical and Legal Considerations in Pregnant Women with Opioid Abuse» (10) advarer mot å anbefale nedtrapping fordi dette å øker kvinnens risiko for tilbakefall til annet misbruk, men uten eksplisitt å drøfte de etiske konsekvensene relatert til dette. Det er uklart om disse anbefalingene er basert på empiri og eventuelt hvilke typer oppfølging kvinnen fikk.

I vurdering av om en skal anbefale gravide kvinner i LAR å trappe ned medikamentbruken frem mot fødselen er det flere etiske prinsipper som må veies mot hverandre. Hensynet til mors selvbestemmelse tilsier for det første at dette bør være hennes avgjørelse. Empirien viser også at motivasjon er en viktig forutsetning for suksess. Det forutsetter at helsepersonell gir kunnskapsbasert informasjon om ulemper og fordeler for henne, og for fosteret/barnet.

Velgjørenhetsprinsippet (fordel for mor/fosteret å forebygge skader pga LAR) og ikke-skadeprinsippet (ift. fosteret) tilsier at nedtrappingen bør forsøkes der det er mulig å oppnå den ønskede skadeforebyggingen uten for store bivirkninger og andre ulemper. Det bør derfor foregå på en slik måte at kvinnen ikke opplever for store plager – da vil motivasjonen svekkes, og stress vil muligens også kunne påvirke fosteret i negativ retning. Tett oppfølging er viktig for å sikre at kvinnene som ikke får til nedtrapping, gjenopptar LAR-behandlingen heller enn misbruk av illegale rusmidler. Kunnskapsgrunnlaget med hensyn til hvilke virkninger en nedtrapping av LAR-medikamenter har for fosteret in utero vil kunne påvirke de etiske vurderinger som gjøres med hensyn til velgjørenhet og ikke-skade.

Prinsippene om selvbestemmelse og rettferdighet tilsier at kvinner som sier nei til nedtrapping må gis like god oppfølging, helsefaglig og sosialt som de kvinnene som går inn i et nedtrappingsforløp. Kvinnen som ikke greier eller ønsker å trappe ned må ikke møtes med fordømming, men må møtes med respekt og god omsorg.

WHOs retningslinjer vektlegger farene ved å trappe ned LAR-legemidler fordi det er så stor fare for at kvinnen får tilbakefall i sitt misbruk, noe som både vil skade kvinnen og hennes foster (28).

3.2.4 Handlingsalternativ

- Fortsette dagens praksis i tråd med retningslinjene fra Helsedirektoratet, der hovedanbefalingen er at doseringen av LAR-medikamentet bør opprettholdes under graviditeten (samtidig som det sies at LAR-medikamenter kan trappes noe eller helt ned, dersom det skjer under betryggende forhold).
- Anbefale nedtrapping for motiverte kvinner med tilbud om støtte, nødvendig kontroll og frivillig tilbud om opphold i institusjon. Kvinnene kan også på forhånd frivillig samtykke til tilbakeholdelse dersom det skulle bli behov for det, for å lykkes med nedtrappingen.

Konklusjon på spørsmål 2

Vi mener kunnskapsgrunnlaget så langt tilsier at kvinnen bør tilbys hjelp til nedtrapping, av hensyn til barnets beste. Det bør samtidig gis grundig informasjon om hvilke fordeler og ubehag nedtrapping medfører. En nødvendig forutsetning er at det stilles nødvendige ressurser i form av støtte og oppfølging til disposisjon og under forutsetning av at hun er motivert for det.

Praksis bør følges opp av forskning på suksessrate, svangerskaps og perinatale komplikasjoner, hvilke støtte som er gitt og hvordan kvinnene selv opplever intervensjonen på kort og lang sikt. Forskning bør også kartlegge mulig intrauterine abstinenssymptomer hos fosteret.

3.3 Spørsmål 3: Hvilke interessekonflikter finnes mellom den gravide i LAR og fosteret når det gjelder kvinnens bruk av LAR-legemiddel i svangerskapet?

3.3.1 tidligere studier

Dette spørsmålet er et overordnet spørsmål som også er involvert i de to første spørsmålene.

Selv om forskningen på området langt i fra er tilfredsstillende tyder kunnskapsoppsummeringene så langt på at mange barn som utsettes for LAR i svangerskapet opplever ubehag etter fødselen og senkomplikasjoner. Dette er underbygget av dyrestudier som til dels finner alvorlige senvirkninger av eksponering for LAR og andre opioider i svangerskapet. (29).

I vårt litteratursøk fant vi 9 artikler som kan relateres til spørsmålet om interessekonflikter (10, 18, 30-36). Av disse er det kun en relevant empirisk studie (18). De øvrige artiklene drøfter etiske spørsmål i tilknytning til misbruk blant gravide mer generelt, og bare en av disse har et avgrenset fokus på LAR (10). Alle artiklene er fra USA, fire er fra 1990-tallet. Vi omtaler først den empiriske studien, deretter gis et sammendrag av de etiske overveielser de øvrige artikler beskriver, ordnet etter publikasjons år.

Maguire og medarbeidere, 2012 (18) gjennomførte en kvalitativ studie blant 16 sykepleiere ved en intensiv enhet for nyfødte. Studien beskriver sykepleiernes erfaringer med etiske utfordringer som de møtte i sitt arbeid. Personalet opplevde stor grad av "ethical and moral distress" i forbindelse med stell og omsorg for nyfødte med NAS, kontakt med foreldrene og i forbindelse med hjemsendelse av barna. Utfordringene var spesielt knyttet til at de ikke klarte å trøste barna og lindre deres plager (NAS), men de opplevde det også vanskelig å forholde seg til foreldre som til dels opplevdes som krevende og ustabile, og de var bekymret for hvordan disse skulle klare å håndtere barnas problemer ved hjemsendelse. Forfatterne drøfter de utfordringene ansatte opplevde i kontakten med de nyfødte og deres foreldre i lys av prinsipper om hhv. velgjørenhet og ikke-skade. Funnene er i tråd med andre studier fra slike avdelinger. Prinsippet om velgjørenhet ble også satt på prøve i deres relasjon til mødrene; de opplevde egen aggresjon relatert til den skade mødrene hadde påført barna og at de således ikke alltid klarte å være konstruktive i denne relasjonen. Velgjørenhet og beskyttelse ift. barnet ble spesielt satt på prøve i forbindelse med utskrivning; de var engstelig for hvordan det skulle gå med barna, at mor ikke ville klare å ta hånd om barnet på en god måte. Et viktig spørsmål er om og hvor mye hjelp moren trenger for at barnet skal få god omsorg, og noen ganger vil støttetiltak for barnet kunne komme i konflikt med morens/foreldrenes selvbestemmelse som foreldre. Artikkelen konkluderer med at sykepleiere på denne type avdeling trenger anerkjennelse og støtte knyttet til de etiske utfordringene de møter, men også at de trenger mer kunnskap om

legemiddelassistert behandling til gravide, - dette vil trolig gjøre relasjonen til kvinnene noe enklere.

Andrews og Pattersons, 1995 (31). Bakgrunnen for artikkelen er en rekke tiltak som er iverksatt (USA) for å avsløre misbruk blant gravide, og tvinge disse inn i en rusfri tilstand. Dette skaper dilemmaer for sosialarbeidere i møte med gravide kvinner som er rusmisbrukere. Hensikten med artikkelen er å gå gjennom relevante verdier, etiske spørsmål og konstitusjonelle prinsipper som kan hjelpe sosialarbeidere i møte med denne gruppen kvinner. Det viktigste dilemmaet for sosialarbeideren er konflikten mellom respekt for kvinnens frihet og plikten til å hjelpe sårbare personer, fosteret og kvinnen som kan ha redusert kompetanse til å treffe en fri beslutning pga. sitt misbruk. Skal f.eks. sosialarbeiderne delta i handlinger som fratar mor friheten når trusselen mot liv og helse er usikker, samt at også årsaken til denne trusselen er usikker. Tilsvarende er det usikkerhet knyttet til hvorvidt tvang er nyttig.

Anderson, Elk & Andres, 1997 (30). Hensikten med artikkelen er å gi en oversikt over problemer knyttet til gravide rusmisbrukere, og å gå gjennom viktige etiske, juridiske spørsmål knyttet til de retningslinjer som gjelder. Forfatterne stiller spørsmål ved om mor har en etisk forpliktelse til å oppføre seg slik at fosteret ikke skades. Kvinnens har en rett til å bestemme hvorvidt graviditeten skal avbrytes eller ei. Når kvinnen bestemmer seg for å fortsette graviditeten, og fosteret er potensielt levedyktig, da eksisterer det en etisk forpliktelse overfor fosteret ift. skadereduksjon. De advarer mot en rettsforfølgelse av kvinnene fordi det kan skremme dem fra å søke helsehjelp. Artikkelen går til sist gjennom hvordan helsetjenesten best kan møte disse kvinnene.

Garcia, 1997 (33). Hensikten med artikkelen er å beskrive juridiske og etiske prinsipper som har vært viktige i utviklingen av politikk/tiltak knyttet til misbruk hos gravide. Forfatterne kontrasterer to ulike tilnærminger til problemet basert på hhv. juridisk-orientert konfliktløsning der mor og foster/barn sees som motparter, vs. en bredere, mer terapeutisk tilnærming, basert på etiske prinsipper. Store deler av denne artikkelen har fokus på juridiske spørsmål. I den forbindelse refereres rettssaker og diskusjoner knyttet til slike spørsmål. Konklusjonen er at fra et folkehelseperspektiv er det viktig at jus og etikk supplerer hverandre når tiltak skal iverksettes. En strafferettslig tilnærming bidrar i liten grad til behandling av kvinnens misbruk, og kan også komme til å skade barnet. En samlet innsats må erstatte de konfliktpregede og straffende modeller med noe som fremmer tilknytningen mellom mor og barn og mors ansvar for barn, familie og samfunn.

DeVill & Kopelman, 1998 (32). Artikkelen går først gjennom ulike synspunkter på når fosteret får moralsk status, men hevder at denne diskusjonen egentlig er irrelevant. Det fremtidige barnet har interesser som skal tillegges vekt, og en rett til ikke å bli skadet uten grunn.

Forfatterne fastslår at kvinnens plikt til å ta hensyn til det fremtidige barnets interesser og krav springer dels ut fra den generelle moralske forpliktelse til å unngå å skade andre. Foreldre har i særlig grad ansvar for å beskytte sine barn mot skade. – gravide har således en moralsk plikt til å ta hensyn til barnets beste, og å begrense egne ønsker og interesser for å forebygge skade og styrke det som er bra for barnet. Kvinnen kan ikke avkreves å sette til side alle andre forpliktelser og interesser for å hindre skade på barnet. En kan ikke kreve at hun utsetter seg selv for stor personlig risiko, eller gir avkall på alle fornøyelser for å gjøre det som er absolutt det beste for fosteret. Hva som utgjør en urimelig skade avhenger av 1) sannsynligheten for at

skade inntreffer, 2) skadens alvorlighet hvis den inntreffer, og 3) grad og viktighet av de interesser og gleder som kvinnen må gi avkall på for å forebygge skade. Det stilles videre spørsmål ved om kvinnens forpliktelser berettiger tvang eller straffereaksjoner fra det offentliges side for å tvinge dem til å avstå fra misbruk som kan skade barnet.

Tillett & Osborne, 2001 (36). Også denne artikkelen tar utgangspunkt i at en rekke stater i USA har tiltalt gravide kvinner for å skade fostret, og forfatterne beskriver diskusjonen knyttet til gravide kvinnens rettigheter vs. fosterets. Hensikten med artikkelen er en gjennomgang av sentrale juridiske og etiske spørsmål som har vært aktualisert i disse debattene. Et viktig tema har vært «The duty of care» som impliserer at kvinnen har et juridisk og moralsk ansvar for å sikre barnet helse. I forlengelse av dette gir en risiko for å skade barnet hjemmel for straffeforfølgelse/bruk av tvang. Artikkelen påpeker at dette kan ha negative konsekvenser for helsearbeideres relasjon til den gravide, og påvirke tillitsforholdet i negativ retning. Ulike former for tvang kan virke mot sin hensikt, og i neste omgang gi et dårligere helsetilbud, både for kvinnen og fosteret. Det gis uttrykk for at straffeforfølgelse ikke er i kvinnens interesse, men derimot opplæring og veiledning, og at det er viktig for de helsearbeidere som er i kontakt med gravide rusmisbrukere å ha et etisk rammeverk for de beslutninger som skal fattes. Dette omfatter å diskutere med pasienten verdier som aktualiseres, å ikke overreagere når kvinnen ikke følger rådene, og informere om mulige skadevirkninger. Pasientens autonomi må vektlegges i de beslutninger som skal tas. Forfatterne viser til at mange institusjoner har kliniske etikk-komiteer, der vanskelige etiske spørsmål knyttet til denne problemstillingen kan drøftes.

Roberts & Dunn, 2003 (35). Artikkelen beskriver fem etiske temaer/spørsmål som er sentrale i behandlingen av misbrukere mer generelt: 1) frivillighet, 2) velgjørenhet, medfølelse og reduksjon av skade, 3) konfidensialitet og sannhet 4) respekt for den enkelte og rettferdighet og 5) informert samtykke. Et avsnitt handler om rusmisbrukende kvinner, med et underavsnitt om gravide kvinner. Det vises videre til inkonsistent kunnskap om hvilke skadevirkninger ulike misbruk har. Den etiske spenningen mellom å respektere kvinnens autonomi versus velgjørenhet overfor det ufødte barnet er trolig av de vanskeligste etiske dilemmaer i medisin. I tråd med en skadereduksjonsmodell har en sett en rekke tiltak av mer straffende karakter, uten at dette synes særlig vellykket. Ofte fører dette til at kvinnen ikke søker hjelp. Derimot har tiltak mer rettet mot å hjelpe kvinnen samtidig som en prøver å redusere skadevirkningen vist seg mer vellykket (de nevner ikke konkret LAR). Avslutningsvis beskriver de ulike modeller/program for gravide eller mødre med rusmisbruk – ingen av disse omtaler LAR.

Lambert, Screiner & Campbell, 2010 (34). Hensikten med artikkelen er å se på etiske utfordringer i helsetjenestens møte med gravide misbrukere. Artikkelen gir innledningsvis en kort oversikt over problemets omfang, og et sammendrag av mulig virkninger for foster og barn, inkl. en tabell med funn for ulike stoffer. Forfatterne fastslår at det kan eksistere en interessekonflikt mellom moren og fosteret.

Omsorg for gravide misbrukere reiser komplekse etiske og juridiske spørsmål. Forfatterne anvender tre prinsipper som ramme for analysen: respekt for autonomi, velgjørenhet og rettferdighet. I kliniske situasjoner må en i tillegg ta i betraktning helsepersonells moralske forpliktelse overfor kvinnen og fosteret. Når det gjelder legens autonomi-baserte forpliktelser overfor den gravide, omfatter dette behov for å beskytte og fremme kvinnens helserelaterte interesser, samtidig som en tar vare på hennes interesser, slik hun selv definerer de. Dette

innebærer adekvat informasjon om pasientens tilstand, behandlingstilbud, alternativ, undersøke kvinnens verdier og preferanser og fremme disse, med mindre det er tunge grunner til ikke å gjøre dette. Kvinnen har rett til og ansvar for å treffe informerte beslutninger, men misbruk kan imidlertid påvirke evnen til å ta informerte beslutninger.

Når det gjelder prinsippet om velgjørenhet må helsepersonell ivareta to pasienter. Et eget avsnitt drøfter balansen mellom autonomi og velgjørenhet, og å finne denne balansen er det som er mest etisk utfordrende for helsepersonell.

Kremer og Arora, 2015 (10). I avsnittet "Clinical considerations" hevdes at opioider i seg selv ikke er skadelig for fosteret, men at det først og fremst er avvenningen som er skadelig. Forfatterne går deretter kort gjennom utviklingen med OMT/LAR, og de fordeler dette antas å ha. Avsnittet gir også en kort beskrivelse av de negative virkningene ved LAR, både for kvinnen og for barnet. Det hevdes at NAS er dose-uavhengig og at det derfor nærmest er en feilvurdering å anbefale nedtrapping. Avsnittet "Ethical complexities" tar utgangspunkt i at tilbudet om LAR i seg selv en illustrasjon av velgjørenhetsprinsippet. Videre at ikke-skade prinsippet også impliserer at legen bør avholde seg fra ydmykende eller negative reaksjoner og uttalelser, for å oppfordre kvinnen til å søke eller fortsette behandling.

Kvinner har en etisk forpliktelse til å handle til barnets beste, og forfatterne mener at de fleste som har bestemt seg for å fullføre graviditeten er sterkt motivert for å gjennomføre et helsebringende svangerskap. Men sjansen for at barnet utvikler NAS illustrerer hvor etisk komplekst opioid-avhengighet i svangerskapet er. Forfatterne hevder likevel at det ikke eksisterer noen reell konflikt mellom fosteret og kvinnen i LAR fordi det foreligger evidens for at LAR er positivt for både kvinnens og barnets helse, og forsterker båndet mellom mor og barn. Informasjon om og diskusjon av de problemer som kan oppstå for fosteret/barnet, må imidlertid være en del av diskusjon og beslutningen om å fortsette svangerskapet i LAR.

Forfatterne vektlegger at tilbud om LAR inklusiv sosial støtte, vil styrke pasientens selvbestemmelse og fremme et optimalt resultat for både mor og barn.

3.3.2 Konklusjon på spørsmål 3

Det er både i morens og fosterets interesse å redusere skadelige påvirkninger under svangerskapet i størst mulig grad. I noen tilfeller synes imidlertid mors inntak av LAR-legemidler å true barnets optimale utvikling. Slik sett er det en motsetning mellom moren og barnets interesser. En svangerskap uten eksponering for LAR-legemiddel er den langt beste løsningen for barnet, sett isolert. LAR er imidlertid en løsning på et problem som representerer en større trussel for barnet, dvs. avhengighet av andre narkotiske stoffer og et mindre ordnet liv. Tiltak som fremmer avvenning eller en lavest mulig dose legemidler, gitt at dette er fysisk og psykisk akseptabelt for den gravide og ikke fører til inntak av andre rusmidler, er trolig den beste løsningen både for mor og barn. En forutsetning er motivasjon fra mor og nødvendig støtte både gjennom svangerskapet og i tiden etterpå. Det er viktig å framskaffe kunnskaper om hvilke tiltak som er nødvendige og gode for å øke kvinnens mestring og barnets muligheter, og eventuelle etiske «omkostninger» for kvinnen.

Vi vil konkludere med at den beste måten å gi mest mulig optimale forhold også for barnet er å møte kvinnen med omsorg, respekt og god og realistisk informasjon, og klare anbefalinger der tilgjengelig kunnskap gir grunnlag for det. Dette er i tråd med viktige prinsipper som

medbestemmelse, velgjørenhet og å unngå skade. Tvang er som vi har sett av litteraturgjennomgangen ikke anbefalt, frivillig kontroll og innleggelse, evt. samtykke til tilbakeholdelse i institusjon, er derimot etisk akseptabelt.

LITTERATUR

1. Bakstad B, Welle-Strand G, Helsedirektoratet. Nasjonal retningslinje for gravide i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder. Nasjonale faglige retningslinjer (Helsedirektoratet). Oslo: Helsedirektoratet; 2012.
2. Welle-Strand G, Universitetet i Oslo Institutt for klinisk m. Opioid maintenance treatment in pregnancy : maternal and neonatal outcomes. Oslo: Institute of Clinical Medicine, Faculty of Medicine, University of Oslo; 2015.
3. Lund IO, Brendryen H, Ravndal E. A longitudinal study on substance use and related problems in women in opioid maintenance treatment from pregnancy to four years after giving birth. *Subst Abuse*. 2014;8:35-40.
4. Norsk legemiddelhåndbok Oslo [
5. Cleary BJ, Donnelly J, Strawbridge J, Gallagher PJ, Fahey T, Clarke M, et al. Methadone dose and neonatal abstinence syndrome-systematic review and meta-analysis. *Addiction*. 2010;105(12):2071-84.
6. Stewart RD, Nelson DB, Adhikari EH, McIntire DD, Roberts SW, Dashe JS, et al. The obstetrical and neonatal impact of maternal opioid detoxification in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 2013;209(3):267.e1-e5.
7. Klamon S, Isaacs K, Leopold A, Perpich J, Hayashi S, Vender J, et al. Treating Women Who Are Pregnant and Parenting for Opioid Use Disorder and the Concurrent Care of Their Infants and Children: Literature Review to Support National Guidance. *J Addict Med*. 2017;11(3):178-90.
8. Dashe JS, Sheffield JS, Olscher DA, Todd SJ, Jackson GL, Wendel GD. Relationship between maternal methadone dosage and neonatal withdrawal. *Obstet Gynecol*. 2002;100(6):1244-9.
9. Mack G, Thomas D, Giles W, Buchanan N. Methadone levels and neonatal withdrawal. *J Paediatr Child Health*. 1991;27(2):96-100.
10. Kremer ME, Arora KS. Clinical, Ethical, and Legal Considerations in Pregnant Women With Opioid Abuse. *Obstet Gynecol*. 2015;126(3):474-8.
11. Bakstad B, Sarfi M, Welle-Strand GK, Ravndal E. Opioid Maintenance Treatment during Pregnancy: Occurrence and Severity of Neonatal Abstinence Syndrome. *Eur Addict Res*. 2009;15(3):128-34.
12. Kaltenbach K, Berghella V, Finnegan L. OPIOID DEPENDENCE DURING PREGNANCY: Effects and Management. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 1998;25(1):139-51.
13. Bramness JG. What is the knowledge base for tapering from methadone or buprenorphine during pregnancy? Review of evidence. Oslo: Helsedirektoratet; 2017. Contract No.: 3.
14. Sandtorv L, Reigstad H, Bruarøy S, Elgen I, Lægreid LM. Har legemiddelassistert rehabilitering i svangerskapet konsekvenser for barna? *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 2009;129(4):287-90.
15. Konijnenberg C, Melinder A. Prenatal exposure to methadone and buprenorphine: A review of the potential effects on cognitive development. *Child Neuropsychol*. 2011;17(5):495-519.
16. Konijnenberg C, Sarfi M, Melinder A. Mother-child interaction and cognitive development in children prenatally exposed to methadone or buprenorphine. *Early Hum Dev*. 2016;101:91-7.
17. Midtlyng L, Høiseth, G. Langtidseggekte hos barnet ved bruk av metadon/buprenorfin (og andre opioider) i svangerskapet. Oslo: Helsedirektoratet; 2017. Contract No.: 2.
18. Maguire D, Webb M, Passmore D, Cline G. NICU nurses' lived experience: caring for infants with neonatal abstinence syndrome. *Adv Neonatal Care*. 2012;12(5):281-5.
19. Ruyter KW, Førde, R., Solbakk, J.H. Medisinsk og helsefaglig etikk. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2007. 344 p.

20. Heil S, Jones H, Arria A, Kaltenbach K, Coyle M, Fischer G, et al. Unintended pregnancy in opioid-abusing women. *J Subst Abuse Treat.* 2011;40(2):199-202.
21. Lucke JC, Hall WD. Under what conditions is it ethical to offer incentives to encourage drug-using women to use long-acting forms of contraception? *Addiction.* 2012;107(6):1036-41.
22. Søvig KH. Midlertidig rapport: Utredning om enkelte rettslige utfordringer knyttet til bruk av legemiddelassistert rehabilitering (LAR) under svangerskapet. Oslo: Helsedirektoratet; 2017. Contract No.: 5.
23. Welle-Strand GK, Skurtveit S, Tanum L, Waal H, Bakstad B, Bjarkø L, et al. Tapering from Methadone or Buprenorphine during Pregnancy: Maternal and Neonatal Outcomes in Norway 1996-2009. *Eur Addict Res.* 2015;21(5):253-61.
24. Waal H. What is the knowledge base for tapering from OMT-medications (methadone or buprenorphine). Oslo: Helsedirektoratet; 2017.
25. Welle-Strand GK, Kvamme O, Andreassen A, Ravndal E. A woman's experience of tapering from buprenorphine during pregnancy. *BMJ Case Rep.* 2014;2014(dec24 1).
26. Haabrekke KJ, Slinning K, Walhovd KB, Wentzel-Larsen T, Moe V. The perinatal outcome of children born to women with substance dependence detoxified in residential treatment during pregnancy. *J Addict Dis.* 2014;33(2):114-23.
27. FNs konvensjon om barnets rettigheter, (2003).
28. WHO. Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy Geneva: http://www.who.int/substance_abuse/publications/pregnancy_guidelines/en/; 2014 [1-205].
29. Andersen JM. Eksperimentelle studier i forsøksdyr. Hva vet vi om langvarige effekter i avkom eksponert for metadon eller buprenorfin i fosterlivet? Finnes det relevante epigenetiske studier? Oslo: Helsedirektoratet; 2017.
30. Anderson M, Elk R, Andres RL. Social, ethical and practical aspects of perinatal substance use. *J Subst Abuse Treat.* 1997;14(5):481-6.
31. Andrews AB, Patterson EG. Searching for solutions to alcohol and other drug abuse during pregnancy: ethics, values, and constitutional principles. *Soc Work.* 1995;40(1):55-64.
32. DeVille KA, Kopelman LM. Moral and social issues regarding pregnant women who use and abuse drugs. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 1998;25(1):237-54.
33. Garcia S. Ethical and legal issues associated with substance abuse by pregnant and parenting women. *J Psychoactive Drugs.* 1997;29(1):101-11.
34. Lambert B, Scheiner M, Campbell D. Ethical issues and addiction. *J Addict Dis.* 2010;29(2):164-74.
35. Roberts LW, Dunn LB. Ethical considerations in caring for women with substance use disorders. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2003;30(3):559-82.
36. Tillett J, Osborne K. Substance abuse by pregnant women: legal and ethical concerns. *J Perinat Neonatal Nurs.* 2001;14(4):1-11.

Vedlegg 1

Database: Ovid MEDLINE(R) Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations, Ovid MEDLINE(R) Daily and Ovid MEDLINE(R) <1946 to Present>

Search Strategy:

-
- 1 Pregnant Women/ or exp Pregnancy/ or (pregnant or pregnanc* or gestation*).tw,kf. (958053)
 - 2 Maternal-Fetal Relations/ (823)
 - 3 Fetus/ or (embryo or fetus* or foetus* or fetal or foetal).tw,kf. (401611)
 - 4 exp infant, newborn/ or (infant* or newborn* or neonat* or perinatal or intrauterine or prenatal or in utero).tw,kf. (1019146)
 - 5 Prenatal Exposure Delayed Effects/ (24012)
 - 6 Neonatal Abstinence Syndrome/ (1035)
 - 7 or/1-6 (1797566)
 - 8 opioid-related disorders/ or heroin dependence/ or morphine dependence/ (21821)
 - 9 Substance-Related Disorders/ or Street Drugs/ (92472)
 - 10 exp Methadone/ or (methadone or buprenorphine).tw,kf. (19053)
 - 11 exp Buprenorphine/ (4509)
 - 12 (opioid* or opiate*).tw,kf. (87760)
 - 13 ((drug or substance) adj4 (abuse* or addict* or dependen* or disorder*)).tw,kf. (79422)
 - 14 drug exposure.tw,kf. (7214)
 - 15 Opiate Substitution Treatment/ (1864)
 - 16 Drug Users/ (2148)
 - 17 or/8-16 (237030)
 - 18 7 and 17 (14385)
 - 19 morals/ or conscience/ or exp ethics/ or moral development/ or social responsibility/ or moral obligations/ or virtues/ (158059)
 - 20 exp Human Rights/ or Coercion/ or Personal autonomy/ or Informed Consent/ (134569)
 - 21 (ethic* or moral* or virtue* or bioethic* or hippocratic oath or conflict of interest* or autonomy or coercion or dual responsibilit* or social responsibility or informed consent or shared decision*).tw,kf. (195838)
 - 22 ethics.fs. (61494)
 - 23 or/19-22 (372359)
 - 24 18 and 23 (660)
 - 25 contraceptive agents/ or exp contraceptive agents, female/ (63831)
 - 26 exp Contraception/ or (contracepti* or birth control).tw,kf. (78430)
 - 27 25 or 26 (112099)
 - 28 17 and 23 and 27 (102)
 - 29 24 or 28 (709)
 - 30 (editorial or letter).pt. (1398761)
 - 31 29 not 30 (690)
 - 32 limit 31 to (yr="1990 -Current" and (danish or english or norwegian or swedish)) (561)

Vedlegg 2

Database: Embase <1980 to 2017 Week 13>

Search Strategy:

-
- 1 exp pregnancy/ or pregnant woman/ or (pregnancy or pregnant or gestation*).tw,kw. (907399)
 - 2 newborn/ or infant/ or fetus/ or (newborn* or neonat* or embryo or fetus or foetus or foetal or fetal or foetal or perinatal or intrauterine or prenatal).tw,kw. (1578884)
 - 3 prenatal exposure/ or prenatal drug exposure/ (29505)
 - 4 fetus risk/ (3432)
 - 5 exp "parameters concerning the fetus, newborn and pregnancy"/ (320574)
 - 6 withdrawal syndrome/ (29637)
 - 7 mother fetus relationship/ (3276)
 - 8 or/1-7 (2108793)
 - 9 narcotic dependence/ or heroin dependence/ or morphine addiction/ or opiate addiction/ (25448)
 - 10 methadone treatment/ or opiate substitution treatment/ (6260)
 - 11 exp "drugs used in the treatment of addiction"/ (120057)
 - 12 methadone/ or (methadone or subutex or buprenorphine).tw,kw. (34454)
 - 13 buprenorphine/ (14109)
 - 14 (opioid* or opiate*).tw,kw. (117914)
 - 15 ((drug or substance) adj4 (abuse* or addict* or dependen* or disorder*)).tw,kw. (103816)
 - 16 drug exposure.tw,kw. (10044)
 - 17 drug abuse/ or drug dependence/ (90605)
 - 18 *addiction/ (35505)
 - 19 or/9-18 (380222)
 - 20 8 and 19 (35479)
 - 21 ethics/ or bioethics/ or casuistry/ or complicity/ or "conflict of interest"/ or ethical theory/ or institutional ethics/ or exp medical ethics/ (258809)
 - 22 persuasive communication/ or morality/ or conscience/ or exp human rights/ (236597)
 - 23 (ethic* or moral* or virtue* or bioethic* or hippocratic oath or conflict of interest* or autonomy or coercion or dual responsibilit* or social responsibility or informed consent or shared decision*).tw,kw. (259176)
 - 24 reproductive rights/ (1081)
 - 25 or/21-24 (463722)
 - 26 20 and 25 (991)
 - 27 exp contraception/ or exp contraceptive agents/ or birth control/ (262412)
 - 28 (contracepti* or birth control).tw,kw. (74029)
 - 29 27 or 28 (273785)
 - 30 19 and 25 and 29 (125)
 - 31 26 or 30 (1072)
 - 32 limit 31 to (book or book series or conference abstract or editorial or letter) (228)
 - 33 31 not 32 (844)
 - 34 limit 33 to ((danish or english or norwegian or swedish) and yr="1990 -Current") (746)

Vedlegg 3

Database: PsycINFO <1806 to March Week 3 2017>

Search Strategy:

- 1 pregnancy/ or (pregnant or pregnanc* or gestation*).tw. (47248)
- 2 fetal alcohol syndrome/ (1519)
- 3 exp prenatal development/ or perinatal period/ or prenatal care/ or prenatal exposure/ or neonatal development/ or neonatal period/ or embryo/ or prenatal developmental stages/ (18306)
- 4 (fetus* or foetus* or fetal or foetal or embryo* or newborn* or neonat* or perinatal or intrauterine or prenatal).tw. (61594)
- 5 or/1-4 (91032)
- 6 drug addiction/ or heroin addiction/ or drug abuse/ (53640)
- 7 opiates/ or buprenorphine/ (11963)
- 8 methadone/ or methadone maintenance/ (4714)
- 9 maintenance therapy/ (1053)
- 10 ((drug or substance) adj4 (abuse* or addict* or dependen* or disorder*)).tw. (74215)
- 11 (opioid* or opiate*).tw. (25647)
- 12 or/6-11 (111932)
- 13 5 and 12 (3872)
- 14 limit 13 to 3450 professional ethics & standards & liability (11)
- 15 ethics/ or bioethics/ or exp professional ethics/ or integrity/ or morality/ or social responsibility/ or exp values/ or virtue/ (75837)
- 16 (ethic* or moral* or virtue* or bioethic* or hippocratic oath or conflict of interest* or autonomy or coercion or dual responsibilit* or social responsibility or informed consent or shared decision*).tw. (156698)
- 17 coercion/ or persuasive communication/ (6675)
- 18 human rights/ (5334)
- 19 autonomy/ or choice behavior/ or "independence (personality)"/ (24428)
- 20 or/15-19 (205335)
- 21 5 and 12 and 20 (160)
- 22 14 or 21 (165)
- 23 exp birth control/ or (contracepti* or birth control).tw. (11881)
- 24 12 and 23 (317)
- 25 limit 24 to 3450 professional ethics & standards & liability (1)
- 26 12 and 20 and 23 (18)
- 27 25 or 26 (18)
- 28 22 or 27 (176)
- 29 limit 28 to ("0200 book" or "0240 authored book" or "0280 edited book" or "0300 encyclopedia" or "0400 dissertation abstract") (90)
- 30 28 not 29 (86)

Vedlegg 4

Tuesday, March 28, 2017 7:54:23 AM

#	Query	Limiters/Expanders	Results
S1	(MH "Pregnancy+"# OR #MH "Maternal-Fetal Exchange"# OR #MH "Pregnancy, High Risk"# OR #MH "Prenatal Exposure Delayed Effects"#		109,422
S2	TI (pregnant or pregnanc* or gestation*) OR AB (pregnant or pregnanc* or gestation*)		62,558
S3	(MH "Fetus+") OR (MH "Embryo+")		19,828
S4	TI (embryo or fetus* or foetus* or fetal or foetal) OR AB (embryo or fetus* or foetus* or fetal or foetal)		18,837
S5	(MH "Infant, Newborn+") OR (MH "Infant, Low Birth Weight+")		71,975
S6	TI (infant* or newborn* or neonat* or perinatal or intrauterine or prenatal or "in utero") OR AB (infant* or newborn* or neonat* or perinatal or intrauterine or prenatal or "in utero")		86,046
S7	(MH "Neonatal Abstinence Syndrome")		518
S8	(MH "Substance Abuse, Perinatal")		1,211
S9	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8		208,309
S10	(MH "Substance Use Disorders+")		84,538
S11	(MH "Methadone") OR (MH "Buprenorphine")		3,539
S12	TI (methadone or buprenorphine) OR AB (methadone or buprenorphine)		3,243
S13	TI (opioid* or opiate*) OR AB (opioid* or opiate*)		12,093
S14	TI ((drug or substance) and (abuse* or addict* or dependen* or disorder*)) OR AB ((drug or substance) and (abuse* or addict* or dependen* or disorder*))		26,947

S15	S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14		106,850
S16	(MH "Ethics+") OR (MH "Morals+") OR (MH "Conscience") OR (MH "Social Responsibility+")		76,532
S17	(MH "Coercion") OR (MH "Human Rights+") OR (MH "Fetal Rights") OR (MH "Human Dignity") OR (MH "Patient Rights+") OR (MH "Patient Autonomy") OR (MH "Treatment Refusal")		59,692
S18	TI (ethic* or moral* or virtue* or bioethic* or hippocratic oath or conflict of interest* or autonomy or coercion or dual responsibilit* or social responsibility or informed consent or "shared decision*") OR AB (ethic* or moral* or virtue* or bioethic* or hippocratic oath or conflict of interest* or autonomy or coercion or dual responsibilit* or social responsibility or informed consent or "shared decision*")		54,667
S19	(MH "Decision Making, Ethical")		5,673
S20	S16 OR S17 OR S18 OR S19		145,090
S21	S9 AND S15 AND S20		247
S22	(MH "Contraception+")		5,192
S23	TI (contracepti* or "birth control") OR AB (contracepti* or "birth control")		9,142
S24	S22 OR S23		11,258
S25	S15 AND S20 AND S24		25
S26	S21 OR S25	Limiters - Published Date: 19900101-20170531; Publication Type: Journal Article; Language: Danish, English, Norwegian, Swedish	248

Vedlegg 5

Oversikt over artikler som er lest i fulltekst, basert på litteratursøk ved UiO mars 2017 (Medline, Embase, Cinahl, PsychInfo)

Artikler potensielt relevante for spørsmål 1: Etske utfordringer knyttet til bruk av langtidsvirkende prevensjon som forutsetninger for å innlemmes i LAR:

Forfatter, Tittel, Tidsskrift	Design, metode Populasjon land	Formål/hensikt	Results	Konklusjon Kommentarer
Lucke JC., Hall WD “Under what conditions is it ethical to offer incentives to encourage drug-using women to use long-acting forms of contraception?” Addiction, 2012	Ingen studie En analyse av etiske spørsmål knyttet til «Project Prevention», ved å anvende 4-prinsippers-etikken USA	Hensikten med artikkelen er å stimulere til debatt. Ser på tre spørsmål knyttet til å oppfordre rusavhengige kvinner til bruk av langtidsvirkende prevensjon, ved bruk av økonomiske insentiver (300 \$) 1. What are the reproductive rights of drug-using women? 2. Does a substantial cash incentive undermine the ability to make free and informed decision about long-term contraception? 3. How can we best assist addicted women to access good reproductive health care and obtain treatment for their addiction	Artikkelen tar utgangspunkt i at misbruk i svangerskapet kan ha potensielt alvorlige virkninger for både mor, fosterets og barnets utvikling. Det å hjelpe kvinner med rusproblemer til å planlegge graviditet eller forhindre svangerskap som ikke er ønsket, vil være viktig både for mors og barnets helse. Forfatterne mener at dette samtidig vil styrke rusmisbrukeres autonomi. Spørsmålene drøftes i lys av etiske prinsipper. Helsetjenestens tilbud til disse kvinnene kan bare forsvares dersom det tas utgangspunkt i deres egne ønsker, noe annet vil svekke deres selvstendighet. På spørsmålet om økonomiske insentiver kan	Inkluderes Dette er ingen studie, men en drøfting, primært av avveininger rundt å bruke økonomiske incentiver for å få rusavhengige kvinner til å si til langtidsvirkende prevensjon. Ingen direkte overføringsverdi, men kan være relevant for vår diskusjon av bruk av prevensjon som forutsetning for å bli inkludert i LAR I samme tidsskrift er det flere kommentarer til denne artikkelen

			undergrave evnen til en fri og informert beslutning, understrekes det at insentiver bør anvendes slik at den enkeltes autonomi ivaretas, at tiltaket er potensielt nyttig, samtidig som det reduserer potensialet for skade. Her vil omfanget av økonomiske insentiver og måten det gis på være relevant. Det understrekes at kvinnen må gis god informasjon for å velge det som er best for henne. De konkluderer med at moderate økonomiske eller ikke-økonomiske insentiver ved reversible prevensjonsmetoder kan være etisk forsvarlig og effektivt for å fremme reproduktiv helse og behandling for rusmisbrukere, men at det her trengs mer forskning.	
Kremer, ME., Arora KS.¹ “Clinical, ethical and legal considerations in pregnant women with opioid abuse”. <u>Obstetrics and Gynecology</u>, 2015	Ingen studie. Kommentarartikkel USA	Hensikten med artikkelen er gå gjennom ulike kliniske, etiske og juridiske betraktninger som ansees viktige i fødselslegers møte	Artikkelen tar utgangspunkt i det økende antall rusavhengige gravide kvinner i USA, og går først gjennom en del kliniske betraktninger. Denne del av artikkelen har størst	Inkluderes (Artikkelen drøfter i for lite grad de etiske konsekvensene ved å opprettholde OMT/LAR

¹ Denne artikkelen er inkludert i diskusjonen av både sp. 1, 2 og 3, men står i tabellen bare oppført under sp 1

		med rusavhengige gravide kvinner.	omfang, og beskriver utvikling av OMT, med vekt på de positive effektene det har, spesielt for kvinnen, men skriver også noe om NAS. Et avsnitt omfatter «Ethical complexities», hvor forfatterne blant annet hevder at OMT vil optimalisering både mors og den nyfødtes helse, og være et godt eksempel på velgjørenhet for den rusavhengige kvinnen. De påstår at det ikke eksisterer noen virkelig «maternal-fetal conflict», og fraråder nedtrapping fordi det øker sjansen for tilbakefall til andre rusmidler. Artikkelen avsluttes med et avsnitt om «Legal ramifications and criminalization of addiction», der forfatterne advarer mot kriminalisering og bruk av tvang, og mener at dette vil hinder kvinnen i å søke nødvendig helsehjelp.	medikasjonen i svangerskapet (nedtrapping)
--	--	-----------------------------------	---	--

Artikler potensielt relevant for spørsmål 2: Etske utfordringer knyttet til anbefaling om nedtrapping a metadon el buprenorfin

Artikler potensielt relevant for spørsmål 3: Hvilke interessekonflikter finnes mellom den gravide I LA og fosteret (ordnet etter publikasjonsår)

Garcia, S. A. "Maternal drug abuse: laws and ethics as agents of just balances and therapeutic interventions." <u>International Journal of the Addictions</u> 1993	Ingen studie USA	Artikkelen stiller spørsmål ved hvilken rolle hhv etikk og jus bør spille i håndtering av «perinatal chemical dependence»	Påpeker behovet for å anvende både etiske prinsipper og jus. Diskuterer konflikt mor/foster, utfra hvilke rettigheter fosteret har, og når disse inntreffer	Ekskluderes (Vi har inkludert en senere artikkel av Garcia, som tar opp noe av det samme, men med noe større fokus på etikk)
Andrews AB., Patterson EG. “Searching for solutions to alcohol and other drug abuse during pregnancy: Ethics, values and constitutional principles” Social Work, 1995	Ingen studie USA	Hensikten med artikkelen er å gå gjennom relevante verdier og etiske spørsmål knyttet til sosialarbeideres yrkesutøvelse i møte med gravide misbrukere	Artikkelen innleder med en kort beskrivelse av tidlig politikk på området, med en rekke lovtiltak for å tvinge gravide og kvinner som nylig har født til å bli rusfrie. Tar videre utgangspunkt i de dilemmaer som helse- og sosialarbeidere stilles overfor ved at en rekke konstitusjonelle rettigheter settes på prøve for å for å beskytte fosteret/barnet. Dvs. at de yrkesetiske retningslinjene settes på prøve, ved at sosialarbeideren. samtidig forpliktes til å følge regler/vedtak om anmeldelse, tvangs-behandling etc. når de blir kjent med kvinnens misbruksproblematikk Relevant avsnitt om yrkesetikk. Tar også opp spørsmål om likebehandling, dvs. at det er skjevhet i	Inkluderes (En relativt gammel artikkel men bra avsnitt om yrkesetiske dilemmaer)

			vurdering av hvilke kvinner som f.eks. rapporteres til tvangsbehandling (rase, type misbruk, off/priv helsetjeneste, etc.). Artikkelen drøfter også de negative effektene av anmeldelse, tvangsbehandling etc. – dvs. at kvinner vil unndra seg kontakt med helsetjenesten med de negative følger dette kan ha.	
Anderson, M., et al. "Social, ethical and practical aspects of perinatal substance use." <u>Journal of Substance Abuse Treatment</u>, 1997.	Ingen studie USA	Hensikten med artikkelen er å bistå fødselsleger og andre i møte med gravide rusmisbrukere, ved å gå gjennom viktige etiske og juridiske spørsmål i de retningslinjer og den politikk som er aktuell overfor denne gruppen.	Poengterer at det er etiske utfordringer knyttet til misbruk blant gravide, først og fremst knyttet til at kvinnen har et etisk ansvar/forpliktelse til å handle på en måte som ikke skader fosteret. Men artikkelen går i liten grad inn i en drøfting av hva dette innebærer og hvilke dilemmaer som eksisterer. Artikkelen tar også opp samfunnets ansvar for å beskytte barna, her refereres til en rekke rettssaker der kvinner anklages for misbruk under graviditeten, med fokus på de negative konsekvenser en straffeforfølgelse har for kvinnen og derved også barnet.	Inkluderes (På tross av tittelen drøfter artikkelen i for liten grad de etiske utfordringene)

Garcia S. “Ethical and legal issues associated with substance abuse by pregnant and parenting women” <u>Journal of Psychoactive Drugs</u> , 1997	Ingen studie USA	Hensikt: Å beskrive juridiske og etiske regler som har vært medvirkende i utviklingen av tiltak knyttet til misbruk hos gravide	Kontrasterer tilnærminger til problemet basert på hhv juridisk-orientert konfliktløsning der mor og foster/barn sees som motparter, vs. en bredere, mer terapeutisk tilnærming, basert på etiske prinsipper, som «compassion for diseased persons, belief in the concept of rehabilitation, and acceptance of the utility of working to benefit both inborn babies and their gestators»	Inkluderes Først og fremst fokus på lovver og saker som h vært behandlet rettsvesenet, og mindre vekt på etiske vurderinger,
Burns, D. L. "Positive toxicology screening in newborns: ethical issues in the decision to legally intervene." <u>Pediatric Nursing</u> . 1997	Ingen studie	Hensikten med artikkelen er å gi en oversikt over fysiske, psykologiske og familierelaterte virkninger av misbruk for den nyfødte, samt utforske noen av de juridiske og etiske spørsmål som ligger implisitt	Artikkelen ser på hvilke skadevirkninger som er funnet som følge av ulike former for misbruk. Diskuterer deretter ulike strategier for å håndtere disse utfordringene, og de dilemmaer som er knyttet til de ulike former for intervensjon. Påpeker behovet for å etablere et omfattende tilbud til mor og barn.	Ekskluderes Lite å finne om etikk
DeVile KA, Kopelman LM. “Moral and social issues regarding pregnant women who use and abuse drugs” Obstetrics and Gynecology clinics of North America, 1998	Ingen studie USA	Hensikten med artikkelen er å drøfte hvordan samfunnet bør forholde seg til gravide kvinner som bruker rusmidler som kan skade barnet	I ulike avsnitt går forfatterne gjennom skadepotensiale ved ulike rusmidler, straffe- og tvangstiltak i USA overfor gravide misbrukere, fosterets moralske status, kvinnens rettigheter,	Inkluderes

			interesser og plikter, samt et større avsnitt der de drøfter klokhet ved aktuell politikk, i lys av prinsipper om rettferdighet og autonomi.	
Jain, R., et al. "Ethical challenges in the treatment of infants of drug-abusing mothers." <u>Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics</u> 1999	Ingen studie USA	Hensikten med artikkelen er å se på vanskelighetene med å få til gode løsninger for premature barn født av kvinner med misbruk (IDAM-infants of drug-abusing mothers)	Ser først på faktorer som er sentrale ved beslutninger i behandlingen av premature barn. Handler først og fremst om de utfordringer helsepersonell står overfor i møte med premature barn, født av rusavhengige kvinner. Den vanskeligste etiske utfordringen for helsearbeidere i det daglige er hvor langt de skal gå for å behandle og redde disse barna? Beslutninger om eventuelt avslutte/fortsette behandlingen skal være ikke-diskriminerende i forhold til barn med tilsvarende symptomer/skader født av ikke-rusmisbrukende kvinner.	Ekskluderes -Ingen studie -På siden av vår fokus
Franck, L. and L. Lefrak "For crying out loud: the ethical treatment of infants' pain." <u>Journal of Clinical Ethics</u> , 2001	Ingen studie UK	Hensikten med artikkelen er en gjennomgang av etiske vurderinger ved behandling av smerte hos barn, og en diskusjon av	Gir først et tilbakeblikk på hvordan barns smerter har blitt vurdert og behandlet. Deretter en gjennomgang av	Ekskluderes (På siden av vår fokus. Nevner knapt gravide misbrukere)

		sentrale etiske prinsipper	etiske prinsipper for behandling av smerte	
Tillett J., OsborneK. “Substance abuse by pregnant women: Legal and Ethical concerns”, 2001	Ingen studie USA	Hensikten med artikkelen er en gjennomgang av sentrale spørsmål som har vært aktualisert i debatten rundt gravide misbrukere.	Tar utgangspunkt i at en rekke stater har tiltalt gravide kvinner for å skade fostret ved sitt misbruk, og at den gravide kvinnens rettigheter vs. fosterets har gitt grunnlag for juridiske og etiske diskusjoner blant helsearbeidere, jurister og politikere. «The duty of care» impliserer at kvinnen har et juridisk og moralsk ansvar for å sikre barnets helse. I forlengelse av dette gir en risiko for å skade barnet hjemmel for straffeforfølgelse/bruk av tvang. Artikkelen påpeker at dette kan ha negative konsekvenser for helsearbeideres relasjon til den gravide i negativ retning; vanskelig å bygge opp et tillitsfullt forhold. Dvs at bruk av ulike former for tvang kan virke mot sin hensikt, og gi et dårligere helsetilbud, både for kvinnen og fosteret. Artikkelen beskriver det de betegner som «ethical decision making», som omfatter å diskutere verdier som aktualiseres med pasienten, å ikke	Inkluderes (Artikkelen legges stor vekt på det juridiske men har noen betraktninger som kan være relevant for oss. Tvang synes ikke å hjelpe, dvs virke mot sin hensikt)

			overreagere når kvinnen ikke følger rådene, og informere om mulige skadevirkninger. Pasientens autonomi må vektlegges i de beslutninger som skal tas. Viser til at mange institusjoner har kliniske etikk-komiteer, der vanskelige etiske spørsmål knyttet til denne problemstillingen kan drøftes.	
Huestis, M. A. and R. E. Choo "Drug abuse's smallest victims: in utero drug exposure." <u>Forensic Science International</u>, 2002	Ingen studie USA	Artikkelen har til hensikt å gi en oversikt både mht. forekomst og effekt av «in utero drug exposure».	Tar utgangspunkt i at «in utero exposure» kan ha alvorlige konsekvenser både for fosterets utvikling og for barnet senere i livet. Mange uløste spørsmål knyttet til overvåking og oppfølging av dette. Går kort gjennom virkninger for den gravide, deretter virkninger av ulike stoffer for fosteret, blant annet et avsnitt om opiater. Påpeker nødvendigheten av å behandle gravide stoffmisbrukende kvinner uten fordømmende holdning	Ekskluderes (Ingen studie Ingen etiske vurderinger, og heller ikke spesielt fokus på kvinner i OMT/LAR)
Roberts LW., Dunn LB. "Ethical considerations in caring for women with substance use disorders"	Ingen studie USA	Hensikten med artikkelen er å søke å forstå de etiske vurderinger som ligger implisitt i å ta	Å aktivt adressere etiske spørsmål i behandlingen av misbrukere krever at en har fokus på fem	Inkluderes (Ingen studie Deler av artikkelen har fokus på gravide)

<u>Obstetrics and Gynecology Clinics of North America,</u> 2003		omsorg for kvinner med rusmisbruk	forhold:1)voluntarism 2) beneficence, compassion and harm reduction 3) confidentiality and truth-telling 4) respect for persons and justice, 5) informed consent. Prinsippene relateres og diskuteres til konkrete situasjoner. Et eget avsnitt i artikkelen drøfter «Special issues in the care of women with substance abuse», herunder «Distinct ethical consideration in the care of pregnant women with substance disorders». Behandlingen av gravide misbrukere stiller helsepersonell overfor en rekke etiske spørsmål knyttet til konfidensialitet, velgjørenhet, spørsmål om autonomi og rettferdighet. Påpeker at den etiske spenningen mellom å respektere kvinnens selvbestemmelse vs velgjørenhet for det ufødte barn er blant de vanskeligste etiske dilemmaer i medisin. Artikkelens siste avsnitt beskriver kort noen program for rusmisbrukende gravide kvinner/kvinner med foreldreansvar	kvinner, men ikke spesielt innenfor LAR)
---	--	--	--	---

Leggate, J. "Improving pregnancy outcomes: mothers and substance misuse." <u>British Journal of Midwifery</u> 2008	Kvantitativ studie av gravide kvinner med ulike former for misbruk, i perioden 1999-2006 UK (Scotland)	Hensikten med studien var å undersøke om utvidet jordmortilbud som del av et tverrfaglig tilbud hadde betydning for gravide kvinner med misbruk	Flere positive resultater for mor og barn av en tett oppfølging, som fødselsvekt, NAS-symptomer og amming	Ekskluderes (Handlet ikke om etikk)
Albright, B. B. and W. F. Rayburn "Substance Abuse Among Reproductive Age Women." <u>Obstetrics and Gynecology Clinics of North America</u>, 2009	Ingen studie USA	Hensikten med artikkelen er å se på kjønnsforskjeller i rusmisbruk mer generelt, samt behandlingsprinsipper for rusmisbruk. Artikkelen ser også på misbruk i svangerskapet, skadepotensiale for barnet og behandling for rus i løpet av svangerskapet.	Artikkelen diskuterer kjønnsforskjeller i ulik type misbruk, hvordan dette kan identifiseres og håndteres og prinsipper for behandling. Artikkelen går også gjennom misbruk blant gravide og hvordan dette kan behandles. Ett avsnitt drøfter «replacment therapy», og det eneste som sies her er at denne type behandling har vist seg å «improve perinatal outcome», men uten at de går mer inn i dette. Under avsnittet Strategies during pregnancy», nevnes ikke etiske utfordringer	Ekskluderes. (Ingen studie. Ikke noe om etikk Lite relevant – fokuserer ikke spesielt på gravide i LAR)
Lambert B., Scheiner M., Campbell D. "Ethical issues and addiction" <u>Journal of Addictive Diseases</u> 2010	Ingen studie USA	Hensikten med artikkelen er å drøfte hvilke etiske dilemmaer som finner sted der den gravide har en adferd (rusmisbruk) som har en potensiell skadelig virkning på fosteret/barnet	Omsorg for gravide misbrukere reiser komplekse etiske og juridiske spørsmål, blant annet knyttet til debatt om bruk av straff, og om mors rettigheter og ønsker vs. fosterets. Anvender tre etiske prinsipper som ramme for analysen: Autonomi,	Inkludere (Det er ingen studie, handler heller ikke spesielt om gravide i LAR, men en artikkel som diskuterer etiske dilemmaer der mors og fosterets/barnets interesser kolliderer)

			velgjørenhet og rettferdighet	
Ondersma, S. J., et al. "External pressure, motivation, and treatment outcome among pregnant substance-using women." <u>Drug and Alcohol Dependence</u> , 2010	Kvantitativ studie av 200 gravide kvinner innenfor «substance abuse treatment» USA	Hensikten med studien var å studere om ulike former for press/tvang påvirket ulike utfall, som misbruk, arbeidsforhold, kriminalitet, samt varighet av behandling.		Ekskluderes (utenfor vårt fokus. Ikke noe om etikk)
Maguire D., Webb M., PassmoreD., Cline G. “NICU’s Nurses’ lived experience Caring for infants with neonatal abstinence syndrome” Advances in Neonatal Care 2012	Kvalitativ studie, intervju med 16 sykepleiere ved en intensiv enhet for nyfødte. Semistrukturert intervjuguide USA	Hensikten med studien var å beskrive sykepleieres erfaringer med etiske utfordringer ved en intensiv enhet for nyfødte	Artikkelen tar utgangspunkt i de symptomer (NAS) barn blir født med når de har vært utsatt for misbruk i svangerskapet. Helsepersonell ved inntensivavd for nyfødte har opplevd en økning i antall barn med denne type symptomer. Utfordringer knyttet til tre områder: 1) omsorg for barnet, 2) samarbeid med familien, 3) utskrivning til hjemmet Ad 1. Utfordrende å oppleve å ikke kunne gi trøst og omsorg til en stresset baby som åpenbart har det vanskelig. Frykt for langtids virkninger, Det stilles også spørsmål ved om en intensiv enhet er det rette for disse barna. Ad 2: Ofte utfordrende mødre/foreldre, med anklager, trusler,	Inkluderes

			ustabile i kontakt med avdelingen, liten omsorgsevne. Helsepersonell strever med å skjule sine reaksjoner/følelser Ad 3: Utstrakt bekymring for hvordan barna vil få det når de kommer hjem. Strever med to moralske prinsipper, velgjørenhet og ikke-skade. Frustrerende å ikke klare å gi omsorg til barn som åpenbart har det vanskelig, samtidig som de opplevde det vanskelig å gi mødrene adekvat omsorg pga deres adferd overfor barna. Ikke-skade var særlig relevant når det gjaldt utskrivning, hva ble de skrevet ut til? Konkluderer med at sykepleiere på denne type intensiv avd trenger mer kunnskap i forhold til å møte kvinner med misbruksproblematikk	
--	--	--	---	--

Soderstrom, 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." <u>NAT Nordisk alkohol & narkotikatidskrift</u> 29(2): 155-171. 2012	Case-studie, som omfatter to case Siri og Anna Semi-strukturerte dybdeintervjuer Norge	Denne artikkelen framhever etiske og kliniske dilemma ved fengsling av gravide rusmisbrukere under paragraf 10-3 i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. De praktiske og erfaringsmessige konsekvensene av loven blir diskutert i sammenheng med sentrale bioetiske prinsipper: respekt for autonomi, ikke-skade, velgjørenhet og rettferdighet, supplert av prinsipper fra relasjonsetikk	Bruk av paragraf 10-3 kan føre til situasjoner som forstyrrer forberedelsen til foreldrerollen, og stresser relasjonen mellom pasient og helse/sosialarbeider. Forfatterne mener at fire prinsipers etikken ser ut til å være utilstrekkelig som metode for å forstå kompleksiteten i situasjonen. Intervensjoner med intensjon å beskytte fosteret fra den gravides bruk av rusmidler krever høynet faglig bevissthet om etiske og relasjonelle utfordringer og dilemmaer. Forfatterne mener at relasjonsetikk gir et rammeverk for å bedre refleksivitet og en tillitsfull terapeutisk relasjon. De anbefaler at det ved fengsling under paragraf 10-3 gis lik prioritet til fosterets beskyttelse og fremming av foreldrekompetanse.	Ekskluderes (noe på siden av vårt fokus)
--	--	--	--	---

Darnall, B. D. and M. E. Schatman "Protecting the infant from unknown risks." <u>Pain Medicine, Ethics Forum, 2015;</u> 16: 628-632	Ingen studie En kommentar knyttet til en diskusjon om amming og en samtidig bruk av opioider i forbindelse med smertelindring		Diskusjonsinnlegg i en debatt om faren ved å anbefale amming der kvinnen må bruke opioider, spesielt i forbindelse med smertelindring	Ekskluderes (Ingen studie, ingen artikkel, mer en kommentar/ meningsytring)
Hall, R.C.H., Friedman SH., Jain A. "Pregnant women and the use of corrections restraints and substance use commitment" <u>Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law</u> 2015	Ingen studie USA	Hensikten med artikkelen er å informere rettspsykiatere om betraktninger spesielt knyttet til gravide rusmisbrukeres behov, og diskutere ulike medisinske fagfolks synspunkter.	Dette er først og fremst en diskusjon om behov for spesielle tiltak for kvinner innenfor kriminalomsorgen, spesielt for gravide innsatte, og hvilke tiltak en eventuelt bør iverksette for gravide misbrukere. Gjennomgår noen juridiske beslutninger og rettslige tiltak som har vært iverksatt. Diskuterer risiko for den gravide, ved bruk av tvang/håndjern. Et avsnitt handler om tvangs behandling av gravide misbrukere, men dette handler i liten grad om etiske vurderinger.	Ekskluderes. (Ingen studie Denne artikkelen har først og fremst fokus på jus)
Myra, S. M., et al. "Pregnant substance-abusing women in involuntary treatment: Attachment experiences with the unborn child." <u>Nordic Studies on Alcohol and Drugs, 2016</u>	Kvalitativ studie, intervju med 8 kvinner Norge	Hensikten med studien var å se om tilknytningen mellom mor og barnet ble påvirket av den situasjonen var plassert i (tvang), slik kvinnene selv opplevde det		Ekskluderes (På siden av vårt fokus. Ikke noe om etikk)

ARTIKLER SOM IKKE LETT PLASSERES:

Brandon, A. R. "Psychosocial interventions for substance use during pregnancy." <u>The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing.</u> (2014). 2014	Ingen studie	Hensikten med artikkelen er å oppsummere kunnskap om psykososial behandlingstilbud for gravide misbrukere	Beskriver 3 ulike metoder/tilnærminger for psykososialt behandlingstilbud til denne gruppen kvinner. Contingency management Motivational interviewing Cognitive behavioral therapy	Ekskluderes (Ingen studie Handler ikke om kvinner I LAR Ikke noe om etikk, annet om etiske utfordringer knyttet til å gjennomføre RCT, dvs forskningsetikk)
---	--------------	---	---	---