



## Riktade psykosociala insatser till gravida och småbarnsföräldrar med problematiskt bruk av alkohol och narkotika: en litteraturstudie

Karin Heimdahl och Patrik Karlsson

Institutionen för socialt arbete. Stockholms universitet

Riktade psykosociala insatser till gravida och småbarnsföräldrar  
med problematiskt bruk av alkohol och narkotika:  
en litteraturstudie

© 2013 Författarna och Nationellt kompetenscentrum anhöriga™

FÖRFATTARE Karin Heimdahl och Patrik Karlsson

OMSLAG OCH LAYOUT Nationellt kompetenscentrum anhöriga™

FOTO Svante Örnberg

ISBN 978-91-87731-06-08

TRYCKERI Webb-upplaga

# Innehåll

Sammanfattning .....	4
Inledning.....	5
Metod .....	7
Resultat .....	9
Riktade insatser till gravida med bruk/missbruk av alkohol eller narkotika .....	9
Riktade insatser till småbarnsföräldrar (barn 0–3 år) med bruk/ missbruk av alkohol eller narkotika .....	21
Insatser till gravida och småbarnsföräldrar med bruk/missbruk av alkohol eller narkotika .....	28
Diskussion.....	36
Referenser till artiklar som ingår i litteratur-översikten (*=primärstudier)....	41
Övriga referenser .....	47

# Sammanfattning

I rapporten beskrivs resultaten från en litteraturstudie om riktade psykosociala insatser till gravida och småbarnsföräldrar (med barn upp till 3 år) som har ett så kallat problematiskt bruk av alkohol och/eller narkotika. Ovanstående grupper är viktiga att uppmärksamma, dels för den inverkan det problematiska bruket kan ha på föräldrarna själva, men framförallt på grund av de negativa effekter detta kan få för föräldra-barnrelationen samt barnets psykiska hälsa och utveckling.

Syftet med litteraturstiden har varit att identifiera, sammanfatta och värdera den internationella interventionsforskningen på området. Via sökningar i databaser återfanns 53 relevanta primärstudier. Av dessa undersökte 27 studier interventioner riktade till gravida, 14 studier fokuserade på insatser till småbarnsföräldrar, medan 12 studier beskrev effekter av interventioner som påbörjats under graviditet och avslutats en tid efter barnets födelse.

Sammantaget undersökte dessa studier ett flertal olika typer av interventioner. Till de interventioner som studerades mest frekvent hörde bland annat hembesök, behandlingsinsatser samordnade med mödravård samt insatser fokuserade på föräldraträning/föräldraförmågor.

De aktuella studiernas sammanvägda resultat pekar dock mot att det råder stor osäkerhet kring de olika insatstypernas effekter. Avsaknaden av enhetligt vetenskapligt stöd innebär dock inte att stöd saknas helt; snarare drar de olika studierna skilda slutsatser kring respektive insats. Därtill är många av studierna alltför metodologiskt svaga för att det ska vara möjligt att uttala sig om effekter, samt i vilken utsträckning dessa eventuellt kan vara bestående. En slutsats som kan dras är därmed att det behövs fler experimentella studier med längre uppföljningstider på området.

Ur ett svenskt perspektiv är det även angeläget med studier genomförda i en svensk/nordisk kontext, då skillnaderna mellan länderna avseende tillgång till mödra- och barnhälsovård begränsar möjligheterna att överföra resultat från exempelvis amerikanska studier till svenska förhållanden.

# Inledning

I denna rapport beskrivs resultaten från en litteraturstudie om riktade insatser till gravida och småbarnsföräldrar (barn upp till tre år) med s.k. problematiskt bruk av alkohol och narkotika. I en parallell rapport presenteras motsvarande resultat från en litteraturstudie om riktade insatser mot psykisk ohälsa inom grupperna (Heimdahl & Karlsson, 2013). Rapporterna ingår som en del av ett samarbetsprojekt mellan Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet och Socialstyrelsen. Syftet med projektet är att undersöka vilka nationella insatser mot alkohol-narkotikakonsumtion och psykiska problem som erbjuds grupperna samt att genom litteraturstudier kartlägga den internationella forskningen på området.

Målgruppen för föreliggande litteraturöversikt är gravida och småbarnsföräldrar med problematiskt bruk av alkohol och narkotika. Definitionen inbegriper såväl s.k. "riskbruk" som "missbruk" och "beroende". Vi inkluderar därför inte preventionsinsatser (universella interventioner) som ges till gravida och småbarnsföräldrar oavsett om de har en pågående konsumtion eller inte. När det gäller gruppen gravida räknas i Sverige – och därmed inom detta uppdrag – all konsumtion av alkohol och narkotika som riskbruk och därmed som problematiskt bruk. Avgränsningen blir emellertid något mer oklar när det gäller småbarnsföräldrar. Utöver interventionsstudier kring småbarnsföräldrar med fortgående missbruk och beroende har vi även inkluderat studier som riktas specifikt mot småbarnsföräldrar som kan ha en pågående konsumtion som inte är av missbruks- eller beroendekaraktär.

Gravida och småbarnsföräldrar med problematiskt bruk av alkohol och narkotika är en viktig grupp att uppmärksamma. Konsumtionen kan inte enbart inverka negativt på de blivande/småbarnsföräldrarna själva utan kan också ha negativa effekter på barnen, vilket blir särskilt tydligt när det gäller tyngre konsumtionsmönster (jfr. Barnard & McKeganey, 2004). Mycket av den tillgängliga forskningen kring skadeverkningar av alkohol- eller narkotikaanvändning under graviditeten är koncentrerad till alkohol, även om det också finns en hel del forskning kring narkotika (Gouin et al., 2011; Ladhami et al., 2011). Forskning visar på att hög alkoholkonsumtion under graviditeten är kopplad till negativa utfall hos barnen där födelsedefekter och försämringar i neurologisk utveckling är några exempel (se Henderson et al., 2007; Kelly et al., 2013). Barn till mödrar med hög alkoholkonsumtion under graviditeten har visat sig ha försämrade hjärnutveckling över tid jämfört med barn med mödrar med låg eller ingen konsumtion under graviditeten (Lebel et al., 2012.). När det gäller låg till måttlig konsumtion är det dock högst oklart i vilken utsträckning detta har negativ inverkan på centrala utfall som till exempel födelsevikt och tillväxt hos barnet (se Henderson et al., 2007 för en forskningsöversikt). Detta ska dock inte tolkas som att låg konsumtion är skadefri, utan just som att kunskapsläget är osäkert (Henderson et al., 2007). När det gäller effekter av konsumtion av narkotikapreparat under graviditeten visar forskning kring såväl kokain (Gouin et al., 2011) som amfetamin (Ladhami et al., 2011) på negativa effekter på olika födelseutfall.

Samtidigt som det har varit ett tydligt fokus på skadeverkningar av alkohol- och narkotikakonsumtion under graviditeten har forskningen också alltmer uppmärksammat betydelsen av faktorer i småbarnens miljö (Schuler et al., 2002). Det har blivit alltmer klart att också faktorer efter födelsen är viktiga för barnets utveckling samt förmodligen kan förklara åtminstone vissa delar av den negativa inverkan av konsumtion under graviditeten på senare utfall (jfr. Eiden et al., 2011). Eiden et al. citerar till exempel studier som visar att kokainanvändande mödrar tenderar att brista i samspelsförmåga i förhållande till sina barn.

Det är alltså mycket angeläget att gravida och småbarnsföräldrar med problematiskt bruk får insatser som är väl avpassade för deras och barnens specifika behov och problembilder. En bedömning av vad tillgänglig forskning säger om effekten av olika typer av insatser är med andra ord central. Vår ambition har varit att försöka göra en bedömning av olika psykosociala, riktade insatser till målgruppen utifrån den internationella forskningen. Vi har alltså inte fokuserat på specifika insatser (t ex en viss behandlingsmetod) utan försökt ta ett brett grepp över området i stort.

# Metod<sup>1</sup>

Litteratursökningen bestod av breda sökningar avseende effektstudier kring psykosociala interventioner av olika typ riktade till gravida eller småbarnsföräldrar (barn upp till tre år) med aktuell problembild snarare än specifika interventioner inom dessa områden. Gemensamma sökningar gjordes för studier kring problematiskt bruk av alkohol och narkotika och för psykisk ohälsa. Litteratursökningen genomfördes av en informationsspecialist på Socialstyrelsen (Ann Kristine Jonsson) och föregicks av två pilotsökningar i PubMed. De databaser som användes i den slutgiltiga sökningen var PubMed, PsychInfo, Social Care Online och Cochrane Library. Sökningarna gjordes under november 2012 och ett stort antal sökord användes. Sökningarna resulterade in runt 1000 abstracts, vars relevans granskades separat av rapportförfattarna. Relevanta eller potentiellt relevanta artiklar skrevs ut i fulltext.

Studier som exkluderades under abstractgranskningen samt granskningen av fulltextartiklar avsåg till stor del beskrivningar av hur olika insatser var utformade, mer fallstudieinriktade artiklar samt epidemiologiska studier kring till exempel förekomst av problematiskt bruk eller psykisk ohälsa bland de aktuella grupperna. Studier vars fokus t ex var insatser till småbarnsföräldrar med för tidigt födda barn eller barn med mycket låg födelsevikt (vilket i sin tur kan ökat risken för till exempel oro hos föräldrarna) eller med problem orsakade av brist på sömn har uteslutits. Studier med huvudsakligt fokus på farmakologiska insatser har också exkluderats och studier kring allmänpreventiva insatser ingår inte heller. Detta innebär inte att dessa studier i sig är irrelevanta, enbart att vi bedömde att de föll utanför fokus för de två översikterna. Vidare uteslöt vi studier som innefattade föräldrar med barn över tre år. Enstaka studier där också föräldrar med äldre barn ingick har inkluderats i de fall separata analyser gjorts för småbarnsgruppen. Översikten innefattar enbart vetenskapliga artiklar (engelskspråkiga).

Vi har varit generösa när det gäller studiedesign för inkluderade studier; utöver randomiserade och kvasiexperimentella studier har vi innefattat studier som följer respondenter i interventionsgruppen över tid men som saknar jämförelse/kontrollgrupper (före/efterstudier, uppföljningsstudier eller liknande). Vi bedömde det rimligt att också inkludera de senare med tanke på den breda inriktningen på översikten. Tvärsnittsstudier har emellertid uteslutits.

Kompletterade sökningar av tidigare litteraturöversikter gjordes i *the Cochrane Library*. Tidigare litteraturöversikter har huvudsakligen använts som jämförelsepunkter för våra egna slutsatser. Vi gjorde också kompletterande sökningar av relevanta artiklar i *Google Scholar*. Via referenslistorna i relevanta *Cochrane*-översikter identifierades ytterligare ett antal primärstudier kring riktade insatser till gravida och småbarnsföräldrar med problematiskt bruk eller psykisk ohälsa.

---

<sup>1</sup> En metodbeskrivning återfinns också i Heimdahl och Karlsson (2013).

Trots omfattande sökningar i olika databaser kan vi knappats göra anspråk på att ha täckt av alla relevanta studier; föreliggande översikt ska snarare ses som en generell överblick av forskningen om psykosociala riktade insatser till gravida och småbarnsföräldrar med problematiskt bruk av alkohol och narkotika. Motsvarande anspråk gäller för den parallella rapporten kring psykisk ohälsa (Heimdahl & Karlsson, 2014). Totalt 53 primärstudier kring problematiskt bruk ingår i översikten.

Materialet har behandlats enligt följande. Grundläggande uppgifter om samtliga primärstudier som bedömdes som relevanta för litteraturöversikten matades in i en datafil. Dessa avsåg författare, titel, publiceringsår, land där studien genomfördes studiedeltagare/målgrupp för studierna, typ av insats, studiedesign, huvudsakliga utfallsmått samt effekter ("+" om positiv effekt, "-" om negativ effekt, "o" om ingen effekt). Många av de granskade studierna innefattade ett flertal olika utfallsmått, så uppgifterna om effekter bestod i vissa fall av ett stort antal uppgifter. För att undvika en skevhet mot att enbart rapportera positiva effekter har vi försökt att specificera effekterna ("+", "-" resp "o") för samtliga tester i studierna. Materialet kategoriserades därefter utifrån om studierna fokuserade på gravida, på småbarnsföräldrar eller båda grupperna tillsammans samt vilken typ av insats det handlade om inom dessa grupper. Detta gjordes separat för missbruk och för psykisk ohälsa.

När det gäller effekter av insatserna på konsumtion har vi huvudsakligen redogjort för såväl alkohol som narkotika under samma rubriker; vi har enbart i begränsad utsträckning gjort en tydlig åtskillnad mellan alkohol-respektive narkotikautfall. När vi till exempel skriver om effekter på "droganvändning" kan detta avse både alkohol och narkotika. Samma sak gäller för termen "konsumtion". I den engelskspråkiga litteraturen kallas ofta alkohol- respektive narkotikakonsumtion för *substance use*, men i brist på motsvarande terminologi på svenska har termerna drogkonsumtion och konsumtion använts.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> I några primärstudier är det också oklart vad "droganvändning" eller "drogmissbruk" avser i termer av preparat (legala och illegala)



# Resultat

Resultatdelen består av tre huvudsakliga block: en del fokuserad på riktade insatser till gravida, en del med inriktning på småbarnsföräldrar med barn 0–3 år, och en sista del som innefattar studier om effekter av riktade insatser till både gravida och småbarnsföräldrar. Gränsen mellan dessa tre är dock inte självklar. Vissa studier där studiedeltagare rekryterats under graviditeten men där insatsen genomförts efter födseln har beskrivits under det andra blocket, medan studier där insatser förmedlats till såväl gravida som småbarnsföräldrar har innefattats under det tredje blocket.

Det skall sägas att det inte är enkelt att finna någon skiljelinje när det gäller definitioner av konsumtion respektive utvecklat missbruk i litteraturen, vilket också reflekteras i vårt upplägg. När det gäller insatser till gravida har vi försökt göra en uppdelning mellan dels studier som fokuserar på konsumtion snarare än etablerat missbruk och dels studier kring missbruk. Denna uppdelning återfinns inte i de andra delarna. Merparten av de studier som fokuserar på konsumtion bland gravida avser alkohol, medan motsarande studier bland småbarnsföräldrar till stor del adresserar narkotika. Det senare beskrivs oftare i termer av ”missbruk” även om det inte är fråga om ett utvecklat missbruksproblem. När det gäller den tredje kategorin – insatser till såväl gravida som småbarnsföräldrar – var det inte särskilt meningsfullt att försöka göra denna uppdelning på grund av ett färre antal studier.

## Riktade insatser till gravida med bruk/missbruk av alkohol eller narkotika

### Insatser till gravida som dricker alkohol/använder narkotika under graviditeten

Vi identifierade åtta studier med fokus på konsumtion snarare än etablerat missbruk bland gravida, alla genomförda i USA (Chang et al., 2005; Eisen et al., 2000; Handmaker et al., 1999; Joones et al., 2002; O’Connor & Whaley, 2007; Reynolds et al., 1995; Tzilos et al., 2011; Yonkers et al., 2012). Merparten hade fokus på alkoholkonsumtion.

Sex av studierna var randomiserade kontrollerade experiment (RCTs), en var kvasiexperimentell (Eisen et al., 2000), en jämförde personer som genomgick insatsen med de som avbröt i förtid (Jones et al., 2002) och flera hade fokus på motivationshöjande insatser. Samtliga studier undersökte effekterna av interventionerna på konsumtion, medan fyra studier (Jones et al., 2002; O’Connor & Whaley, 2007; Tzilos et al., 2011; Yonkers et al., 2012) också adresserade födselutfall. Studien av Reynolds et al. (1995) innefattade utöver alkoholkonsumtion bland annat också olika psykosociala faktorer. Den befintliga, om än begränsade,

kunskapen är alltså starkt koncentrerad till insatser för att motverka konsumtion hos gravida kvinnor i USA.

### Effekter på alkohol-/narkotikaanvändning

När det gäller konsumtion visade studierna på blandade resultat. I mer än hälften av de *experimentella studierna* (fyra av sju stycken) framgick inga skillnader mellan experiment- och kontrollgrupp, även om effekter i interventionsgruppens favör påvisades i vissa subgruppsanalyser (Chang et al., 2005; Handmaker et al., 1999; Yonkers et al., 2012). Intressant att notera här är till exempel studien av Yonkers et al. där kort rådgivning (insatsen för kontrollgruppen) visade sig vara lika effektiv som *Motivational Enhancement Therapy* (MET) i kombination med kognitiv beteendeterapi (KBT) (insatsen för experimentgruppen, totalt sex tillfällen). Förändringen i konsumtion var lika stor i båda grupperna över tid. Konsumtionen minskade fram till tidpunkten för födseln men ökade därefter igen i båda grupperna vid sista mätpunkten (tre månader efter födseln).

I studien av Chang et al. (2005) var kort intervention (*brief intervention*) i kombination med diagnostisk intervju inte mer effektiv än enbart diagnostisk intervju. Regressionsanalyser visade på icke-signifikanta skillnader mellan grupperna i samtliga tre konsumtionsmått som användes, mätt efter födseln (exakt tidpunkt oklar). Studien innefattade inte bara den gravida kvinnan utan också en av henne vald "partner" (t ex man, barn), vilket vår litteraturöversikt visar är mycket ovanligt inom de områden som denna rapport täcker. Handmaker et al. (1999) visade att kort, motivationshöjande intervju (*motivational interviewing*) (1 timme vid 1 tillfälle) inte var mer effektiv än informationsmaterial i skriftlig form. I en randomiserad kontrollerad studie kring effekten av en kort, datorbaserad motiverande insats till gravida kvinnor definierade som "risk-drickare"<sup>3</sup> framkom inga signifikanta skillnader mellan experimentgruppen och en obehandlad kontrollgrupp (kontrollgruppen fick svara på frågor om TV-serier) vid uppföljning en månad efter insatsen (Tzilos et al., 2011).

Kort intervju visade sig dock ha korttidseffekter på minskad konsumtion i en av studierna. Insatsen jämfördes med en kontrollgrupp som enbart fick "bedömning" av alkoholkonsumtion samt rådet att inte dricka under graviditeten, denna komponent innefattades också i interventionsgruppen (O'Connor & Whaley, 2007). Interventionsgruppen var signifikant mer avhållsam från alkohol vid  *tredje trimestern* jämfört med kontrollgruppen. Jones et al. (2002) studerade betydelsen av kort motiverande intervju i kombination med "beteendeförstärk-

---

<sup>3</sup> Studiens relevans för denna litteraturöversikt kan eventuellt diskuteras då inklusionskriterierna gjorde det möjligt att delta i studien även om man inte druckit alkohol under graviditeten. Inklusionskriterierna stipulerade bland annat att studiedeltagare antingen skulle uppfyller kriterierna för problematiskt drickande enligt instrumentet T-ACE (vilket inte specificerar att problemen måste ha funnits under graviditeten), att de skulle över-skrida rekommendationer för säkert drickande *innan* graviditeten eller att de druckit alkohol minst en gång under graviditeten. I strikt mening är det alltså enbart de som uppfyllde det sista kriteriet som är relevanta för översikten.

ning”<sup>4</sup> på avhållsamhet bland gravida som lämnade positiva drogprov vid de första kontakterna med mödravården eller som hade använt narkotika trettio dagar innan den första kontakten. Denna studie var dock metodologiskt svagare än de andra studierna som presenteras i detta avsnitt. Gravida som fullföljde alla fyra behandlingssessioner jämfördes med gravida som deltog i tre eller färre sessioner. De som fullföljde behandlingen lämnade signifikant större andel negativa urinprover än de andra och signifikant fler kvinnor i den förra gruppen lämnade minst ett negativt urinprov. Reynolds et al. (1995) visade att ett KBT-baserat självhjälpsprogram hade positiva effekter på abstinens (”quit rate”) 30 dagar efter födsel bland gravida som druckit alkohol under senaste månaden jämfört med en kontrollgrupp (”usual clinical care”)<sup>5</sup>.

Eisen et al. (2000) undersökte effekten av *case management* och *referral to services* eller *day treatment* på alkohol- och narkotikaanvändning i en stor kvasiexperimentell studie med 658 deltagare. Bivarata analyser visade signifikanta förändringar i experimentgruppen när det gäller användning under den månad som föregick inskrivning till månaden som föregick födseln. Dessa resultat höll för alla konsumtionsmått som innefattades. Inga signifikanta förändringar påvisades i kontroll-gruppen. Författarna påpekar vidare att ”...a consistent pattern of findings emerged across the six substances of major interest” (Eisen et al., 2000) när de genomförde multivariata analyser. I bivariata analyser kring förändring i konsumtion från användning månaden innan intagning till användning under den månad som föregick perioden då barnet var 6 månader var förändringen signifikant i fyra av sex mått – dessa resultat kvarstod dock inte i de multivariata analyserna. Dessa visade att både experiment- och kontrollgruppen var lika benägen att ha använt de olika substanserna då barnet var ett halvår gammalt.

## Effekter på födelseutfall

När det gäller födelseutfall fann Yonkers et al. (2012) inga signifikanta skillnader mellan interventions- och kontrollgrupp vad gällde för tidigt födda barn eller barn födda med låg födelsevikt. O’Conner och Whaley (2009) fann inga signifikanta skillnader mellan experimentgruppen och kontrollgruppen när det gällde gestationsålder<sup>6</sup>. Författarna rapporterar inga jämförelser mellan den genomsnittliga födelsevikten och födelse längden bland barnen i interventionsgruppen och barnen i kontrollgruppen, men de analyserade för grupper med olika hög konsumtion vid baslinjen (s.k. interaktionseffekter). De fann ingen signifikant interaktion mellan alkoholkonsumtion vid baslinjen och interventionsgrupp beträffande födelsevikt, däremot när det gäller födelse längd. För kvinnor med lägre

---

<sup>4</sup> ”Beteendeförstärkningen” innebar att deltagarna fick ersättning för varje urinprov som visade negativt på narkotikaanvändning. Denna metod beskrivs mer utförligt nedan.

<sup>5</sup> Det är dock vissa oklarheter kring detta resultat när det gäller de bivariata analyserna. I texten beskrivs signifikansnivån som  $p < 0.058$  (Reynolds et al., 1995, s. 435) – en icke-signifikant effekt enligt gängse tumregler – men som  $p < 0.05$  i tabellen som presenterar resultaten (tabell 5, s. 436). Signifikanta effekter på  $< 0.05$  rapporterades dock i en logistisk regressionsanalys (s. 436f).

<sup>6</sup> Gestationsålder (eng gestational age) avser kortfattat barnets ålder vid födseln.

alkoholkonsumtion var födselvikten liknande oavsett om de fick interventionen eller inte, medan tydligare skillnader framgick när det gäller högkonsumenter: högkonsumenter (vid baslinjen) i kontrollgruppen hade signifikant kortare barn vid födseln jämfört med högkonsumenter i experimentgruppen och lågkonsumenter i såväl experiment som kontrollgrupp. Ett större antal barn som dog (4 jämfört med 1) vid förlossningen återfanns vidare i kontrollgruppen, även om detta inte var signifikantstestat (sannolikt beroende på att antalet döda var så få att det inte vore meningsfullt att testa detta).

I studien av Jones et al. (2002) var det ingen signifikant skillnad mellan grupperna i andelen som födde ”drogfria” (s. 1417) barn och barnen i respektive grupp hade liknande APGAR-poäng (vid en respektive fem minuter)<sup>7</sup>. Barnen till de som fullföljde behandlingen vägde dock mer medan det däremot inte var någon signifikant skillnad i andelen barn med låg födelsevikt (upp till 2,5 kilo). Tzilos et al.’s (2011) studie om kort, datorbaserad intervention fann inga effekter av insatsen på gestationsålder och huvudomfång, däremot en positiv effekt på födelsevikt.

### Slutsats insatser till gravida som dricker alkohol/använder narkotika under graviditeten

Sammantaget visar vår översikt att det *inte finns enhetligt vetenskapligt stöd* för att de studerade insatserna har positiva effekter på alkohol och narkotikakonsumtion bland gravida. Det saknas forskning om huruvida insatserna, i de fall positiva effekter påvisas, har mer än korttidseffekter. Det finns heller *inte enhetligt stöd* för att insatserna har positiva effekter på födselutfall bland barnen, och tillgänglig forskning (Reynolds et al., 1995) pekar vidare på att insatserna överlag inte påverkar kunskaps- och psykosociala variabler.

Denna slutsats är i linje med en systematisk översikt från *Cochrane Collaboration* (Stade et al., 2009) kring effekter av insatser för att motverka *alkoholkonsumtion* bland gravida eller personer som planerar att bli gravida. Översikten innefattade fyra studier, varav tre av studierna ovan (Handmaker et al., 1999, O’Connor & Whaley, 2007; Reynolds et al., 1995). Utöver att peka på centrala metodologiska problem i dessa fyra studier avseende till exempel procedurer för randomisering, svårighet att tolka studier (en slutsats som vi delar avseende vissa studier), lyfter *Cochrane*-översikten fram att enbart vissa studier påvisar effekter samt att kunskapen om effekter på andra utfall som hälsostatus hos modern eller barnet är ytterst begränsad (Stade et al., 2009).

### Insatser till gravida med missbruksproblem

Det finns fler effektstudier kring gravida missbrukare än kring gravida som dricker alkohol eller använder narkotika utan att ha tydliga missbruksproblem.

---

<sup>7</sup> APGAR (Appearance, Pulse, Grimace, Activity, Respiration) är ett mått på hur barnets allmäntillstånd är vid födseln. APGAR mäts först vid 1 minut därefter vid 5 och 10 minuter efter födseln (<http://www.sbu.se/sv/Om-SBU/Nyheter/Kontinuerligt-stod-till-kvinnor- under-forlossning/>)

För att göra presentationen nedan tydligare har vi gjort en grov uppdelning efter vilken insats det handlar om till gravida med missbruksproblem.

### Specifika behandlingsmetoder

Vi identifierade sju stycken studier som utvärderade effekterna av specifika behandlingsmetoder bland gravida missbrukare. Den typ av behandlingsmetod för gravida missbrukare som har utvärderats i relativt flest antal studier är så kallad *Contingency Management* (CM) alternativt *reinforcement-based treatment* (RBT), men också *motiverande intervju* (*motivational interviewing*, MI) och *kognitiv beteendeterapi* (KBT) finns med bland dessa.

Den generella principen hos CM och RBT är att erbjuda belöningar för önskvärt beteende, till exempel ekonomisk belöning för varje negativt urinprov som patienten lämnar. Utöver de fördelar som avhållsamhet från alkohol och andra droger har för patienten under graviditeten får också denne ytterligare skäl (ekonomiska och andra) att hålla sig abstinent. I vår litteraturoversikt identifierade vi totalt 5 relevanta studier med fokus på metoden bland gravida, missbrukande kvinnor (Elk et al., 1995; Elk et al., 1998; Jones et al., 2000; 2001; 2011). Samtliga studier är genomförda i USA, fyra är RCTs och en är en småskalig före/efterstudie (Elk et al., 1995). Samtliga studier innefattade mått på droganvändning, medan andra också fokuserade på till exempel födelseutfall (Jones et al., 2011) och olika mått från Addiction Severity Index (ASI) (Elk et al., 1998).

### Effekter på alkohol-/narkotikaanvändning

Det är blandat vetenskapligt stöd för CM och RBT när det gäller effekter på konsumtion, med en *överbikt mot inga effekter*. Inga signifikanta skillnader mellan experimentgrupp och kontrollgrupp rapporteras i 3 RCT-studier (Elk et al., 1998; Jones et al., 2000; 2011) medan en signifikant skillnad påvisades i Jones et al.'s (2011) studie. Det skall dock sägas att Elk et al. (1998) innefattade ett litet urval (12 deltagare), vilket naturligtvis kan försvårat möjligheten att finna signifikanta skillnader. Elk et al. (1995) fann en signifikant minskning i kokainanvändning bland en grupp gravida kokainmissbrukare som deltog i denna typ av behandling

I en stor amerikansk RCT-studie (200 deltagare) undersökte Winhusen et al. (2008) effekten av *Motivational Enhancement Therapy for pregnant substance users* (MET-PS) på olika utfall bland gravida missbrukare vid fyra behandlingsenheter. Deltagarna vid respektive enhet slumpades till en MET-PS-grupp (bestående av tre sessioner) eller till en grupp som fick sedvanlig vård (treatment-as-usual, TAU) vid tre tillfällen. Resultaten visade att MET-PS överlag inte var mer effektiv än TAU när det gäller alkohol- och narkotikaanvändning. Detta gällde både vid behandlingsslut som vid en tremånaders uppföljning och för såväl urintester som självrapporterad konsumtion. Även om vissa skillnader rapporterades mellan MET-PS och TAU vid några av enheterna (inte alltid till MET-PS fövor) var alltså den generella bilden att den förra inte var mer effektiv än den senare. Det skall dock nämnas att både experiment- och kontrollgrup-

perna vid de olika enheterna hade tillgång till andra behandlingsdelar (t ex behandling i grupp), vilket eventuellt kan vara en faktor som förklarar denna brist på effekt, samt att båda grupperna överlag minskade sin konsumtion från baslinjen och framåt. Detta mönster gäller för flera av studierna i översikten. Huruvida detta reflekterar en reell behandlingseffekt eller snarare ett naturligt förlopp (dvs. att gravida minskar sin alkohol-narkotikakonsumtion oavsett om de får behandling eller ej) är dock en öppen fråga som vi återkommer till i slutdiskussionen.

När det gäller *kognitiv beteendeterapi* (KBT) bland gravida missbrukare har detta utvärderats i en australiensisk RCT bland injektionsmissbrukare (O'Neill et al., 1996). Studiedeltagarna befann sig i metadonbehandling och slumpades till att också få sex sessioner av en ”cognitive-behavioural relapse prevention intervention” (s. 1118) (experimentgrupp) eller inte (kontrollgrupp). Inga effekter påvisades i droganvändning mellan grupperna. Det skall dock sägas att interventionens – och studiens – primära fokus inte gällde droganvändning i sig, utan snarare risk för HIV och där signifikanta skillnader påvisades i injektionsbeteende (men inte sexuellt risktagande).

### Effekter på födsel- och andra utfall

De få befintliga studier som fokuserat på effekten av specifika metoder avseende födelseutfall bland gravida missbrukare visar på blandade resultat. Jones et al. (2011) fann inga skillnader mellan experiment- (*reinforcement-based treatment*) och kontrollgrupp när det gäller effekter på att få för tidigt födda barn, gestationsålder vid födsel samt födelsevikt bland barn, däremot en signifikant skillnad i längd på sjuhusvistelse efter födseln.

I kontrast fann Elk et al. (1998), i en liten studie (12 deltagare), en positiv, statistiskt signifikant effekt<sup>8</sup> av CM på andelen som rapporterade någon form av komplikationer vid födseln jämfört med kontrollgruppen. Den senare utgör emellertid på grund av sin begränsade storlek (totalt 12 deltagare) ett svagt empiriskt underlag (Elk et al., 1998). Detta gör att Elk et al.'s (1998) skattningar av effekter på andra utfall än konsumtion och födelseutfall också blir osäkra. De fann inga skillnader mellan experimentgruppen och kontrollgruppen i förändring från baslinjen till studiens slut i olika mått från Addiction Severity Index (ASI) (till exempel familjeproblem, psykiatriska problem). Då vi inte identifierat några andra studier än Elk et al. som adresserar denna typ av utfall är effekterna på dessa dimensioner oklara i nuläget.

### Slutsats specifika behandlingsmetoder

Sammantaget ger översikten *lite stöd* för att *specifika behandlingsmetoder* har positiva effekter på substanskonsumtion bland gravida missbrukare. Det finns vidare mycket begränsat stöd för att dessa har positiva effekter på födelseutfall

---

<sup>8</sup> Här har vi utgått från resultaten som presenteras i tabell 3 där p-värdet för detta utfall beskrivs som 0.022 (Elk et al., 1998, s. 62), dvs. signifikant på  $p < 0.05$ . I texten (s. 61–62) står det dock att p-värdet är 0.22, dvs. icke-signifikant på  $p < 0.05$ . Slutsatsen kring detta är därför osäker.

inom gruppen, och det saknas tillförlitlig kunskap om effekter av interventionerna på till exempel psykiatriska problem hos gruppen.

Bristen på övertygande stöd för effekter av denna typ av insatser på konsumtion bekräftas också i en *Cochrane-översikt* kring psykosociala insatser till gravida narkotikamissbrukare i öppenvård (Terplan & Lui, 2008). Bland de elva inkluderade studierna (alla RCTs) visade enbart två studier signifikanta skillnader i narkotikaanvändning mellan experiment- och kontrollgrupp – båda dessa avsåg Contingency Management (CM). Det fanns inget stöd för att motiverande intervju (MI) påverkade narkotikakonsumtion. Även *Cochrane-översikten* pekar på brist på effekter avseende födelseutfall bland de få studier som finns om detta.

En ytterligare *Cochrane-översikt* från 2008 (Lui, Terplan & Smith, 2008) kring psykosociala insatser till gravida missbrukare i alkoholbehandling identifierade inga RCTs eller kvasiexperimentella studier som uppfyllde inklusionskriterierna. I likhet med dem har vi också funnit att merparten av de insatser som adresserar alkoholkonsumtion under graviditeten inte fokuserar på missbruk utan snarare konsumtion som sådan. Gravida med uttryckligt alkoholmissbruk verkar därvid vara en mycket eftersatt grupp inom interventionsforskningen på området.

### Insatser samordnade med mödravård

Studierna ovan har fokuserat på alkohol- och narkotikabruk/missbruk bland gravida kvinnor utifrån olika angreppssätt men utan att integrera detta i övriga verksamheter som är centrala för gravida kvinnor. Ett alternativt angreppssätt är att samordna interventioner mot alkohol-/narkotikakonsumtion med mödrahälsövård. I denna sektion har vi innefattat studier som i någon form har kopplat missbruksbehandling till mödravård.

I litteraturöversikten har vi identifierat åtta primärstudier som utvärderar effekterna av sådana integrerade eller utökade program. Den absoluta merparten av dessa studier är gjorda i USA (Armstrong et al., 2003; Chang et al., 1992; Chazotte et al., 1995; Corse & Smith, 1998; Goler et al., 2008; Sweeney et al., 2000), men vi har också identifierat en kanadensisk (Ordean & Kahan, 2011) samt en norsk studie (Hjerkinn et al., 2009). De huvudsakliga effektmåten i de befintliga studierna är olika typer av födelserelaterade utfall. I flera fall är studierna av det svagare slaget – de saknar kontrollgrupper – samtidigt som det också finns kvasiexperimentella studier på området. Bristen på randomiserade kontrollerade experiment-studier är emellertid påfallande.

### Effekter på alkohol- och narkotikaanvändning

Vi identifierade enbart tre studier som hade som uttalat mål att studera effekten av integrerade program på alkohol-/narkotikaanvändning (även om vissa andra studier också presenterar vissa uppgifter om konsumtion men utan att ha detta som primärt fokus). Ordean och Kahan (2011) utvärderade effekten av ett integrerat program avseende mödravård och missbrukarvård (*The Toronto Centre for Substance Abuse in Pregnancy, T-CUP*) utifrån en retrospektiv forskningsdesign utan kontrollgrupp. Studiedeltagarna utgjordes av de kvinnor som delta-

git i programmet mellan år 2000 och 2006 och som uppfyllde kriterier för alkohol-/narkotikamissbruk. En signifikant lägre konsumtion vid födseln av alla substanser utom en (såväl alkohol som illegala droger) som mättes framträdde bland de som påbörjade programmet under första trimestern. När det gällde de som påbörjade programmet under andra respektive tredje trimestern var det mindre förändring fram till födseln; i två respektive noll konsumtionsmått framträdde en signifikant förändring bland dessa.

Corse et al. (1998) undersökte inverkan av ett program mot missbruk som genomfördes inom ramen för mödravården (*the Angels Program*) i en studie utan jämförelsegrupp. Studiedeltagarna utgjordes av gravida kvinnor med dokumenterat missbruk ("identified substance abuse", s. 461). I studien framgick att en överväldigande majoritet (drygt 85 procent) minskade sin konsumtion under graviditeten. Det framgick också att högre narkotikakonsumtion (cannabis och kokain) och grad av psykosocial stress vid baslinjen, senare inledd vård samt färre kontakter med vårdssamordnare (*care coordinator*) var relaterat till brist på förändring i konsumtionsvanorna över graviditeten.

Chang et al. (1992) utvärderade effekten av ett utökat metadonprogram som inbegrep bland annat mödravård i en liten studie med 12 deltagare (6 personer i interventionsgrupp och 6 personer i kontrollgrupp) där deltagande i interventionsgruppen baserades på ett självselektionsurval och inte på randomisering. Kontrollgruppen fick "reguljär" metadonbehandling ("treatment as usual"). Studien påvisade positiva effekter av programmet för två av tre utfall relaterade till konsumtion (negativ effekt i det andra utfallet). Dessa uppgifter är emellertid osäkra med tanke på urvalets storlek (av förklarliga skäl gjordes inte heller några tester av statistisk signifikans) och de uppenbara metodproblemen när det gäller urvalsförfarande.

## Effekter på födsel- och andra utfall

Ordean och Kahan (2011) innefattade också olika mått vid födseln såsom födelsevikt, APGAR-poäng vid 1 respektive 5 minuter och huvudomfång. I och med att det inte fanns någon kontrollgrupp i denna studie är det svårt att utifrån dessa mått dra några slutsatser om effekten av programmet. När det gäller andra utfall visade de en positiv förändring i andelen kvinnor med stabilt boende från början av programmet till födseln, samt att andelen som levde med "alkohol-/narkotikaanvändande hushållsmedlemmar" ("substance-using household members", Ordean & Kahan, 2011, s. e433) också minskade. Inga signifikansvärden presenterades dock för dessa förändringar.

Chazotte et al. (1995) undersökte i en amerikansk studie betydelsen av specialiserad mödravård för missbrukande kvinnor som utfördes på en specifik klinik. Utifrån retrospektiva data bland kvinnor som förlöstes på den aktuella kliniken och som använt kokain under graviditeten jämfördes låg födelsevikt bland barnen mot en grupp av gravida missbrukare som fått vård på andra kliniker och en grupp som inte fått någon mödravård alls. Även om det var signifikanta skillnader mellan interventionsgruppen och den grupp som inte fått någon mödravård alls fanns det inga skillnader mellan denna grupp och kvinnor som fått vård på andra kliniker



Chang et al. (1992) visade i sin småskaliga studie kring utökade metadonprogram effekter till interventionsgruppens fördel när det gällde tre olika utfall (bland annat barnens födelsevikt bland barnen) men studien är alltför liten (n=12) för att några säkra slutsatser skall kunna dras kring detta.

I en amerikansk kvasiexperimentell studie undersökte Sweeney et al. (2000) effekten av ett integrerat program (missbruksbehandling i kombination med mödra-/barnhälsovård) på olika födelseutfall. Experimentgruppen, som utgjordes av de som genomgick detta program, jämfördes med de som också deltog i mödra-/barnhälsovården, men som inte fick missbruksbehandlingen förrän efter födseln. Signifikanta skillnader till experimentgruppens förmån påvisades för samtliga födelseutfall som undersöktes (till exempel födelsevikt, andelen barn med mycket- [mindre än 1500 gram] respektive låg födelsevikt [mindre än 2500] gram), och APGAR-poäng vid 1 respektive 5 minuter). Signifikanta skillnader i alla utfall påvisades också i multivariata analyser där bland annat moderns ålder, utbildning samt inkomst kontrollerades.

Armstrong et al. (2003) utvärderade, i en annan amerikansk undersökning, effekten av *Early Start* ett missbruksbehandlingsprogram som förmedlades på olika obstetriska kliniker i Norra Kalifornien, USA. Studien baserades på en retrospektiv design där författarna jämförde födselutfall tvärs över fyra grupper, varav en (kontrollgruppen) utgjordes av kvinnor som inte hade använt alkohol/narkotika under graviditeten. Resultaten visade intressant nog att de personer som hade deltagit i programmet (SAT) i flera fall hade liknande utfall som de kvinnor som inte använt alkohol/narkotika under graviditeten; i enbart ett av fyra utfall var det en signifikant skillnad mellan dessa. När Armstrong et al. (2000) gjorde multivariata analyser med kontroll för bland annat moderns ålder samt omfattning på den mödravård hon erhållit framträdde emellertid signifikanta skillnader i två av de fyra utfallen till fördel för kontrollgruppen.

Författarna jämförde också den grupp som deltagit i behandling (SAT) med en motsvarande grupp som inte deltog men som hade liknande problem (SA) samt en ytterligare grupp som också uppvisade missbruksproblem (S). Den grupp som deltog i *Early Start* hade signifikant bättre födselutfall jämfört med SA-gruppen i tre av fyra utfall samt jämfört med S-gruppen i ett utfall. Inga multivariata analyser genomfördes dock när det gäller de senare jämförelserna.

Effekten av *Early Start* på olika födselutfall har utvärderats i en ytterligare, senare amerikansk studie (Goler et al., 2008). Liknande undersökningsgrupper som i studien av Armstrong et al. (2003) konstruerades. Totalt tio olika födselutfall undersöktes. Signifikant sämre utfall rapporterades för den behandlade gruppen (SAT) jämfört med kontrollgruppen (de som inte använt droger under graviditeten) i fem utfall medan det inte var några skillnader i de övriga fem utfallen. Det var inga signifikanta skillnader mellan SAT och den grupp med motsvarande problem som inte fick insatsen (SA), medan SAT skilde sig signifikant från den ytterligare gruppen med missbruksproblem (S) i hälften av utfallen. I multivariata analyser (med kontroll bland annat för kvinnornas ålder) kvarstod två skillnader mellan SAT och kontrollgruppen, medan det var skillnad mellan SAT och den ytterligare gruppen med missbruksproblem (S) i sex av tio utfall. Noterbart i denna studie är emellertid bristen på skillnader i samtliga utfall mellan SAT-gruppen och den grupp som hade motsvarande problem – och

som därmed var mest lik själva interventionsgruppen – men inte deltog i behandling (SA).

I Norge har Hjerkin et al. (2009) utvärderat effekten av en specifik klinik för missbrukande gravida (och småbarnsföräldrar) när det gäller olika utfall vid födseln. Kliniken består av såväl läkare, barnmorska, sjuksköterska som socialarbetare (Hjerkin et al., 2007). Hjerkin et al. (2009) analyserade retrospektiva data för alla gravida som behandlades på kliniken mellan 1994 och 2002 och jämförde dessa uppgifter med en grupp gravida utan missbruksproblem. Undersökningen visade på en signifikant större andel för tidigt födda barn och barn med låg födelsevikt (mindre än 2500 gram) i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen. I två andra utfall relaterat till mödrarna (kejsarsnitt och sugklocka) var det inga skillnader. Det framgick dock i mer detaljerade analyser att enbart de individer i interventionsgruppen som inte slutade missbruka under graviditeten skilde sig från jämförelsegruppen avseende andelen med för tidigt födda barn och barn med låg födelsevikt; det var ingen skillnad mellan de som slutade missbruka under första trimestern och kontrollgruppen gällande dessa.

Hjerkin et al. (2009) visade vidare på en lägre genomsnittlig födelsevikt och ett lägre genomsnittligt huvudomfång bland de som behandlades på kliniken jämfört med kontrollgruppen. Däremot var det inga skillnader när det gällde APGAR-poäng vid 1 respektive 5 minuter.

### Slutsats insatser samordnade med mödravård

Vår översikt över forskningen kring integrerade/utökade insatser till gravida missbrukare visar att den tillgängliga interventionsforskningen påvisar positiva effekter på alkohol/narkotikakonsumtion inom gruppen. Det finns dock få studier om detta, och tillgängliga studier har en svag forskningsdesign. Detta gör att kunskapsläget kring effekter av dessa insatser på konsumtion i nuläget får betraktas som osäkert.

När det gäller påverkan på födselutfall finns det fler studier, även om bristen på kontrollgrupp i en av studierna (Ordean & Kahan, 2011) gör det mycket svårt att relatera insatsen till utfallet. Det saknas av naturliga skäl motsvarande baslinjedata som födselutfallen kan relateras till. Även om en av studierna fann stöd för att denna typ av program hade positiva effekter på samtliga födselutfall som undersöktes (Sweeney et al., 2000) visar de andra studierna sammantaget på mindre entydigt stöd. Även om t ex programmet *Early Start* framstår som förhållandevis lovande i studien av Armstrong et al. (2000), visas inga skillnader mellan den behandlade gruppen och en obehandlad grupp med motsvarande problem i studien av Goler et al. (2008). Det bör även nämnas än en gång att ingen av studierna ovan baserades på en RCT-design. Sammantaget kan sägas att den befintliga forskningen pekar mot att insatserna *tenderar* att ha positiva effekter även om kunskapsläget fortfarande får betraktas som relativt begränsat – inte minst med tanke på bristen på studier med stark forskningsdesign. Samtidigt är det viktigt att understryka att resultaten bör tolkas med försiktighet i förhållande till svenska sammanhang – inte minst med tanke på skillnader i tillgång på mödravård mellan olika länder.

Milligan et al. (2011) publicerade relativt nyligen en översikt kring ”integrerade” (”integrated”) insatser till gravida missbrukare. Deras definition av inte-

grerade är emellertid något annorlunda än vår, då de också innefattar insatser som inte förefaller vara integrerade med mödravården utan snarare är integrerade på andra sätt. Flera av de inkluderade studierna innefattade emellertid mödravårds-integrerade insatser. Översikten innefattade RCT-studier samt kvasiexperimentella studier. Milligan et al. jämförde effekten av denna typ av integrerade insatser jämfört både med missbrukande gravida som inte befann sig i behandling och med missbrukande gravida som befann sig i andra typer av behandling ("non-integrated treatment"). När det gällde effekten jämfört med gravida utanför behandling fann de positiva effekter i en majoritet av de utfall som täcktes av studierna, och motsvarande resultat påvisades jämfört med gravida missbrukare i andra behandlingsformer. Det skall nämnas att få RCTs (3 stycken) innefattades i översikten samt att kvaliteten på dessa bedömdes som förhållandevis låg (Milligan et al., 2011)

## Slutenvård

Vi identifierade enbart tre studier som kan sägas vara kopplade till slutenvård, även om deras respektive fokus skilde sig åt (Barkauskas & Low, 2002; Comfort & Kaltenbach, 1999;

Little et al., 2003). Samtliga är genomförda i USA. Barkauskas och Low (2002) studerade effekten av ett specialutformat vårdprogram till gravida med missbruk som var dömda till kortare fängelsestraff jämfört med en kontrollgrupp. Forskarna fokuserade på påverkan på olika aspekter av fysisk hälsa före, under och efter förlossning. (förlossningskomplikationer, födelsevikt, etc.). Inga skillnader påvisades mellan grupperna även om – i likhet med många andra studier – en förbättring i flera avseenden påvisades i båda grupperna över tid. Inte heller Comfort och Kaltenbach (1999) fann några signifikanta skillnader mellan en grupp gravida kokainmissbrukare i slutenvård jämfört med motsvarande grupp i öppenvård när det gäller födselutfall bland barnen. De påvisade dock en positiv effekt på avhållsamhet från kokain under graviditeten bland gruppen i slutenvård

Little et al. (2003) undersökte effekten av ett slutenvårdsprogram ("residential substance abuse treatment program") på olika hälsorelaterade utfall hos de nyfödda barnen och modern (t ex födelsevikt-/längd samt olika komplikationer vid förlossningen) bland gravida missbrukare. Studien hade två matchade kontrollgrupper: en grupp gravida utan missbruksproblem och en grupp gravida med missbruksproblem som inte fick behandlingen. Matchningen gjordes utifrån etnicitet i förhållande till båda grupperna och i förhållande till vilken drog som användes när det gäller den andra gruppen. Signifikanta skillnader mellan de två missbruksgrupperna påvisades i fyra av sex utfall relaterade till barnet (t ex vikt och längd vid födsel, huvudomfång) när det gäller utfall relaterade till barnet. I fem av sex utfall var det ingen skillnad mellan interventionsgruppen och den grupp av gravida utan missbruksproblem, vilket indikerar att behandlingen hade som effekt att barnen hade liknande födselutfall som barn födda till kvinnor utan missbruk.

När det gällde andelen mödrar med någon form av komplikationer vid födseln var det en signifikant, positiv skillnad jämfört med gravida missbrukare som inte var i behandling, även om skillnaden var liten. Jämfört med gruppen gravida

utan missbruksproblem var det emellertid en betydligt större andel mödrar i interventionsgruppen som hade olika komplikationer. Vad gällde olika komplikationer hos barnet vid födseln hade båda kontrollgrupperna betydligt mer gynnsamma utfall: skillnaderna var både stora och signifikanta jämfört med dessa grupper.

Resultaten från Little et al.'s (2003) studie bör dock ses i ljuset av en relativt svag forskningsdesign. Matchningen i förhållande till de två kontrollgrupperna gjordes utifrån ett fåtal variabler, vilket skapar osäkerhet kring jämförbarheten mellan grupperna. Även om författarna visar att den socioekonomiska statusen i grupperna var jämförbar var det till exempel en signifikant skillnad mellan de två missbruksgrupperna i såväl antalet gånger de besökte mödravården som i andelen som inte hade någon mödravård alls (interventionsgruppen hade tätare kontakt med mödravården). I och med att detta inte justeras för i de statistiska analyserna av födselutfall blir resultaten med nödvändighet osäkra.

### Slutsats slutenvård

Vi har enbart identifierat tre studier som specifikt adresserar slutenvård (varav en av dessa fokuserade på fängelse) bland gravida missbrukare. Med tanke på brist på effekter mellan interventionsgrupp och kontrollgrupp i den första studien samt metodproblemen i den andra studien är vår slutsats att det saknas tillförlitligt stöd kring effekterna av denna typ av insats bland gravida missbrukare.

### Övriga insatser

Vi identifierade enbart en studie med annat fokus än studierna ovan. I denna amerikanska studie undersökte Farrow et al. (1999) effekten av missbruksbehandling ("intensive outpatient or short-term residential") på olika utfall bland gravida tonåringar med missbruksproblem. Kontrollgruppen utgjordes av vuxna gravida med missbruksproblem. Inga skillnader påvisades mellan grupperna i till exempel födelseutfall hos barnet och modern. Det skall dock nämnas att gruppen gravida tonåringar med missbruksproblem var liten (drygt 20 deltagare).

### Slutsats övriga insatser

Det vetenskapliga underlaget kring effekter av övriga insatser är alltför begränsat – samt metodologiskt svagt – för att några slutsatser ska kunna dras.

## Riktade insatser till småbarnsföräldrar (barn 0–3 år) med bruk/missbruk av alkohol eller narkotika

### Hembesök

Totalt sju primärstudier (Butz et al., 2001; Grant et al., 2003; Ernst et al., 1999; Jansson, et al., 2003; Schuler et al., 2000; Schuler et al., 2002; Schuler et al., 2003) och en forskningsöversikt (Turnbull & Osborn, 2012) – som dock innefattade såväl gravida som småbarnsföräldrar – kring hembesök identifierades vid litteratursökningarna. Av primärstudierna var samtliga genomförda i USA och fem av dessa var RCTs (Butz & Pulsifer, 2001; Ernst et al., 1999; Schuler et al., 2000; Schuler et al., 2002; Schuler et al., 2003), även om en av studierna enbart delvis var en randomiserad kontrollerad studie (Ernst et al., 1999)<sup>9</sup>. De övriga två saknade kontrollgrupper (Grant et al., 2003; Jansson et al., 2003).

Studierna täckte ett flertal olika utfall såsom alkohol-/narkotikakonsumtion bland mödrarna, samspel mellan barn och moder samt utveckling hos barnet. Slutsatserna kring studierna presenteras separat för olika utfall nedan.

### Effekter på alkohol- och narkotikakonsumtion

Bruk/missbruk ingick som ett av flera utfall i båda de studier som saknade kontrollgrupper (Grant et al., 2003; Jansson et al., 2003) och i två av RCT-studierna (Schuler et al., 2000; Schuler et al., 2002) där de senare dock baseras på samma större undersökning. Jansson och medarbetare fann utifrån retrospektiva uppgifter (vilka samlades in då barnen var två år gamla) en positiv förändring över tid i bruk/missbruk bland en grupp som fått fler än fyra hembesök jämfört med en grupp (kontrollgruppen) som fått färre än fyra hembesök.

Grant et al. undersökte betydelsen av hembesök på olika utfall i en uppföljningsstudie bland en grupp kvinnor som utgjorde experimentgruppen och som fullföljt insatsen i studien av Ernst et al. (1999) som redogörs för nedan. Även om studien av Ernst et al. innefattade jämförelser med en kontrollgrupp följdes inte kontrollgruppen upp i Grant et al.'s (2003) studie. Målgruppen utgjordes av kvinnor som definierades som tunga konsumenter av alkohol och narkotika under graviditeten och insatsen påbörjades under graviditeten eller efter födseln och pågick tills barnen hade fyllt tre år. Uppföljningsdata samlades in dels vid insatsens slut (dvs då barnen var tre år gamla) samt vid en tidpunkt i genomsnitt cirka två och ett halvt år senare. Grant et al. noterade en positiv, signifikant förändring i avhållsamhet från början till insatsens slut i ett av två mått kring avhållsamhet (detta gällde avhållsamhet under *minst sex månader*, det andra gällde avhållsamhet under *minst ett år*). En positiv förändring noterades också mellan mätningen vid insatsens slut och vid den senare uppföljningen i samma mått på avhållsamhet. Drygt 50 procent hade avhållit sig från alkohol eller nar-

---

<sup>9</sup> I studien (Ernst et al., 1999) randomiserades studiedeltagare som rekryterades via ett sjukhus till interventions- och kontrollgrupp men också en grupp ingick som inte rekryterades via sjukhuset i fråga ("community referrals"). Studien innefattar dock separata jämförelser inom sjukhusurvalet, och är i det avseendet alltså att betrakta som en RCT.

kotika under de senaste sex månaderna vid den sista uppföljningen, vilket kan jämföras med drygt 30 procent vid insatsens slut och 0 procent vid insatsens början (det senare följer av inklusionskriterierna). Det skall dock nämnas att bristen på kontrollgrupp i försvårar möjligheterna att dra slutsatser kring effekter av insatsen på avhållsamhet från alkohol och narkotika, samt att ingen signifikant förändring noterades i det andra måttet kring avhållsamhet.

I de mer rigoröst genomförda studier som vi har identifierat har emellertid – även om kunskapen från dessa är alltför liten i nuläget – ingen effekt av hembesök på alkohol-/narkotikaanvändning påvisats. I RCT-studien av Schuler et al. (2000), vilken beskrivs mer utförligt nedan, påvisades ingen signifikant skillnad mellan interventionsgruppen och kontrollgruppen när det gällde alkohol-, marijuana- eller kokain-/heroinanvändning vid en sexmånadersuppföljning. Bristen på signifikanta skillnader i droganvändning (under de senaste 6 månaderna) påvisades också av Schuler et al. (2002) i en 18-månadersuppföljning baserad på samma studie som Schuler et al. (2000).

### Effekter på samspel mellan moder och barn<sup>10</sup>

Schuler och medarbetare har studerat effekten av hembesök på samspel mellan moder och barn i två studier (Schuler et al., 2000; Schuler et al., 2002). I Schuler et al. (2000) slumpades mödrar och deras nyfödda barn till en hembesöksintervention eller till en kontrollgrupp två veckor efter födseln. Undersökningen får betraktas som stor i det att mer än 80 personer ingick i interventionsgruppen och motsvarande antal ingick kontrollgruppen. För att inkluderas i studien krävdes att mödrarna alternativt de nyfödda barnen screenades positivt för droger vid födseln, eller att det fanns dokumentation kring nutida droganvändning.

Forskarna utvärderade effekten av insatsen efter sex månader genom att analysera amningssituationer utifrån videoinspelningar. Analysen fokuserade på en övergripande faktor kallad "maternal responsiveness" och på en kallad "infant warmth". Analysen visade emellertid ingen signifikant skillnad vid sexmånadersuppföljningen mellan interventionsgruppen och kontrollgruppen i dessa två övergripande mått. Detaljerade multivariata analyser visade dock på en mer komplex bild; medan det inte var någon skillnad i "maternal responsiveness" mellan de som använde droger i nuläget och de som inte gjorde det skiljde sig droganvändargrupperna åt inom kontrollgruppen. Detta tolkades som att hembesök kan vara användbara för att motverka den negativa effekten av konsumtion på "maternal responsiveness". Denna interaktionseffekt återfanns emellertid inte när det gällde "infant warmth".

En ytterligare uppföljning (ett och ett halvt år efter baslinjen) av denna studie återfinns i Schuler et al. (2002). I denna undersökning studerade forskarna samspel mellan mödrarna och barnen via videoinspelningar av leksituationer. Två primära samspelsutfall analyserades: kompetens hos mödrarna ("maternal competence") samt "child responsiveness". Inga signifikanta skillnader framkom mellan interventionsgrupp och kontrollgrupp i dessa. Det var inte heller signifi-

---

<sup>10</sup> Längre ner i texten presenteras ytterligare studier kring samspelsinsatser som inte förmedlas i hemmiljön

kanta skillnader i "rigiditet" hos mödrarna ("maternal rigidity"). Det senare utfallet mättes dock via ett formulär och inte via observationer.

### Effekter på utveckling hos barnen och relaterade utfall

Tre av studierna kring hembesök innefattade mått på utveckling hos barnen och relaterade utfall (Butz et al., 2001; Ernst et al., 1999; Schuler et al., 2003). Butz et al. visade på positiva, signifikanta skillnader mellan interventionsgrupp och kontrollgrupp när det gäller beteendeproblem hos barnen (mätt utifrån *Child Behavior Checklist*), medan en mer tvetydig bild framträdde i Ernst et al. (1999). I denna långtidsuppföljning (3 år) av ett hembesöksbaserat program med inriktning mot *Case Management* mättes effekter över tid av programmet med hjälp av ett stort antal indikatorer. En del av dessa innefattade barnets utveckling. När forskarna jämförde ett övergripande effektmått baserat på olika "utfallsdimensioner" framträdde signifikanta skillnader mellan den sjukhusrekryterade interventionsgruppen och kontrollgruppen och mellan den andra interventionsgruppen och den sjukhusrekryterade kontrollgruppen. Även om ett sådant globalt mått ger en viktig bild av effekter av interventioner överlag säger det emellertid lite om variationer i effekter i förhållande till separata utfallsdimensioner. På grund av en bitvis något kortfattad rapportering är det emellertid något svårt att bedöma i vilken utsträckning och på vilket sätt de olika grupperna skilde sig åt för separata utfall.

Schuler et al. (2003) undersökte effekten av en hembesöksintervention på utveckling hos barn vid en uppföljning vid ett halvår, ett år samt ett och ett halvt år. ANCOVA (Analysis of Covariance) med upprepade mätningar visade på positiva effekter av interventionen på såväl psykomotorisk som mental utveckling hos barnen (mätt med *Bayles Scales of Infant Development*), även om inga specifika jämförelser vid respektive mättillfälle mellan grupperna rapporterades. En signifikant effekt för variabeln "tid" i förhållande till mental utveckling indikerade dock en minskning i måttet för mental utveckling över tid.

### Effekter på övriga utfall

Utöver utfallen i studierna kring effekter av hembesök ovan har ytterligare några utfall studerats. Janson et al. (2003) adresserade hälsostatus, bibehållen vårdnad om barnet, samt nöjdhet med interventionen. Bortsett från hälsostatus visade denna longitudinella, retrospektiva studie på positiva förändringar beträffande dessa utfall för de som fått fler (>4) hembesök jämfört med de som fått färre (<4). Butz et al. (2001) visade på en positiv effekt av en hembesöksintervention på stress bland föräldrar jämfört med en kontrollgrupp som fick sedvanlig vård, mätt med *Parenting Stress Index*.

Grant et al. (2003) studerade effekten av en hembesöksintervention på familjeplanering, senare förlossningar/graviditeter samt inkomstkällor. Positiva förändringar från början till programslut noterades när det gällde "familjeplanering" i denna studie, medan det inte var någon effekt på utfallsmått kring senare graviditeter och födselar. En positiv effekt observerades när det gäller "public assistance" som försörjningskälla men däremot påvisades ingen förändring av-

seende inkomst som försörjningskälla. Ingen förändring noterades heller när det gäller stabilt boende ("permanent housing") från början till programslut.

Forskarna analyserade också förändring från programslut till en uppföljning vid 2.5 år. Till skillnad från de tidigare mätningarna fann de ingen förändring när det gäller familjeplanering, däremot framkom positiv förändring i två mått kring senare graviditeter och födselar. En gynnsam förändring – till skillnad från den tidigare mätningen vid programslut – återfanns när det gällde stabilt boende. När det gäller försörjningskälla är uppgifterna dock oklara eftersom det inte nämns huruvida detta signifikans-testats. Ernst et al. (2003) innefattade också i sin studie en rad övriga utfall, men på grund av vissa oklarheter i denna presenteras inte dessa resultat här.

### Slutsats hembesök

Icke-experimentella studier indikerar att hembesök kan ha positiva effekter på alkohol- och narkotikaanvändning bland småbarnsföräldrar med pågående konsumtion av alkohol/narkotika. De experimentella studier vi identifierat har dock inte bekräftat denna bild: i dessa påvisades ingen signifikant skillnad mellan den grupp som fick hembesöksintervention jämfört med kontrollgruppen. Vår slutsats här blir därför – givet att de senare är metodologiskt starkare än de förra – att det i nuläget saknas övertygande stöd för att hembesök påverkar alkohol-/narkotikakonsumtion bland småbarnsföräldrar med bruk/missbruk av alkohol och narkotika. Forskningen kring detta är emellertid begränsad och fler experimentella studier behöver genomföras innan mer säkra slutsatser kan dras.

När det gäller samspel mellan mödrar och småbarn finns det begränsat med stöd för att hembesök kan vara effektiva. Också när det gäller beteendeproblem hos barnen och relaterade utfall är det vetenskapliga stödet begränsat; Schuler et al. (2003) rapporterar gynnsamma resultat kring barnens utveckling, men en mer oklar bild framträdde i studien av Ernst et al. (1999). Studien visade på positiva effekter på ett mer "globalt" mått innefattande flera dimensioner, men rapporteringen är delvis oklar kring separata utfall vilken gör studiens resultat svårbedömda. Sammantaget indikerar dessa studier att det finns ett visst stöd för att hembesök kan ha positiva effekter på barnrelaterade utfall samtidigt som det finns relativt få studier kring detta.

Några av de identifierade studierna har också adresserat andra utfall. Det begränsade vetenskapliga underlaget ger bland annat en indikation på att hembesök kan minska stress bland föräldrar men sammantaget pekar knappast denna forskning på några entydiga slutsatser.

Turnbull och Osborn (2012) publicerade nyligen en *Cochrane*-översikt kring effekten av hembesök bland gravida och småbarnsföräldrar som har problem med alkohol och narkotika. Med alkoholproblem avsågs antingen självskattade problem eller objektiva kriterier för "riskdrickande", medan narkotikaproblem avsåg all konsumtion av narkotika eller missbruk av förskrivna preparat. Även om denna översikt också innefattade gravida är den relevant att nämna här då merparten av de inkluderade studierna rörde hembesök som gjordes efter födseln (även om deltagarna i flera av studierna rekryterades under graviditeten). I översikten – vilken innefattade RCTs och kvasiexperimentella studier – påvisades ingen signifikant skillnad mellan hembesöksintervention och kontrollgrupp i



fortgående alkohol- eller narkotikakonsumtion, analyserat med hjälp av meta-analys. Inte heller påvisade meta-analysen någon signifikant effekt på till exempel psykomotorisk och kognitiv utveckling hos barnen. Sammantaget visade översikten brist på signifikanta effekter i de flesta utfall och författarna skriver att det därför finns "otillräcklig evidens för att rekommendera rutin användning av hembesök till gravida eller kvinnor i postpartumperioden med ett drog- eller alkoholproblem" (Turnbull & Osborn, 2012, s. 12, vår översättning).

### Specifika samspels-/anknytningsinsatser

När det gäller specifika insatser kring samspel/anknytning mellan mödrar och barn har vi lokaliserat tre studier (French et al., 1998; Suchman et al., 2008; Suchman et al., 2010) bland droganvändande kvinnor, varav alla är gjorda i USA. French et al. (1998) undersökte betydelsen av en samspelsinsats förmedlad i direkt anslutning till födseln. Sextio kvinnor ingick i studien, varav fyrtio lämnade positiva "drogprov" (urinprov, oklart vilka preparat) vid födseln. De fyrtio kvinnorna slumpades till en interventionsgrupp eller en kontrollgrupp, medan de tjugo kvinnorna som lämnade negativa drogtester vid födseln utgjorde en ytterligare jämförelsegrupp. Kvinnorna i interventionsgruppen tränades i tekniker för att öka samspelsförmågan. En mätning av samspelsförmåga gjordes inom ett dygn efter förlossningen, och nya mätningar av detta gjordes efter två till tre dygn. En signifikant positiv effekt på ett övergripande mått (NCAFS-skalan) på samspel mellan mödrar och småbarn påvisades till interventionsgruppens (och jämförelsegruppens) fördel jämfört med kontrollgruppen. Motsvarande skillnader påvisades för en underskala kring föräldraskap ("parent scale") medan det inte var några signifikanta skillnader på en underskala kring barnet ("child subscale"). Värt att notera också är att i såväl interventionsgrupp som kontrollgrupp hade barnen lägre gestationsålder än i jämförelsegruppen, samtidigt som andra utfall som till exempel APGAR-poäng och födelselängd i samtliga grupper beskrevs som "within acceptable ranges" (s. 265).

Ett anknytningsinriktat program specifikt utvecklat för missbrukande kvinnor med småbarn (ett till tre år) – *The Mothers and Toddlers Program* – har undersökts i USA av Nancy Suchman och medarbetare (Suchman et al., 2008; Suchman et al., 2010). Det uttryckliga syftet med programmet (individuell terapi) beskrivs som att "hjälpa mödrar utveckla mer balanserade representationer av deras barn och förbättra deras kapaciteter för reflekterande fungerande" (reflective functioning) (Suchman et al., 2008, s. 499, vår översättning). Reflekterande fungerande (reflective functioning) definieras av författarna bland annat som ett tillerkännande av att beteendet hos barnet är intentionellt.

I en pilotstudie (Suchman et al., 2008), med en före/efterdesign, bland åtta kvinnor i missbruksbehandling som genomgick programmet undersökte forskarna effekten på en rad utfall vid programslut (ca 3 månader) avseende "maternal caregiving" (t ex "mothers mental representation of her toddler" intentionallitet tillskriven till barnet, "reflective functioning", samspel mellan moder barn), psykologiska utfall samt droganvändning bland mödrar. Positiva förändringar noterades i utfallen över tid inom gruppen, även om flera av förändringarna inte var statistiskt signifikanta. Bristen på signifikanta skillnader över tid kan därvid förmodas vara relaterad till att urvalet var så pass litet.

I en senare, metodologiskt starkare studie – som dock beskrivs som en pilotstudie – undersöktes effekten av programmet inom en interventionsgrupp jämfört med en kontrollgrupp som fick föräldrautbildning (Suchman et al., 2010). Studien innefattade drygt 40 deltagare. Studien genomfördes inom ramen för pågående missbruksbehandling; studiedeltagarna hade samtidigt tillgång till andra behandlingskomponenter som t ex kognitiv beteendeterapi och substitutionsbehandling. Också denna studie löpte över en period om ca 3 månader (uppföljning vid 12 veckor) och ett stort antal utfall adresserades. Effekter av programmet rapporterades som effektstorlekar (*Cohens d*), men inga signifikansnivåer presenterades. Utifrån ANCOVA (Analysis of Covariance) påvisades positiva effekter (medelstora) jämfört med kontrollgruppen för ”reflective functioning”, positiva effekter (små) påvisades vidare i två av fem mått kring moderns ”representation” av barnet (det var i princip inga effekter i de tre andra måtten).

Vidare framgick positiva effekter när det gällde ”caregiving behavior” (medelstora), samt i psykisk hälsa bland mödrarna. Det var dock inga skillnader när det gällde barnens beteende och i droganvändning jämfört med kontrollgruppen. Det var alltså inte entydigt stöd för alla utfall.<sup>11</sup>

### Slutsats specifika samspels-/anknytnings-insatser

De fåtal studier som vi identifierat kring specifika samspels-/anknytnings-insatser bland småbarnsföräldrar som brukar eller missbrukar alkohol eller narkotika ger en indikation på att dessa insatser kan ha effekt på olika utfall. Studierna pekar dock på att insatserna inte entydigt har positiva effekter tvärs över olika typer av utfall eller inom särskilda utfallsdimensioner. Sammantaget innebär detta att det vetenskapliga underlaget kring effekterna av specifika samspels-/anknytningsinsatser till målgruppen bör ses som *relativt osäkert* i nuläget.

### Övriga insatser

Vi identifierade fyra olika studier – samtliga från USA – med fokus på andra insatser än hembesök alternativt specifika samspelsinsatser inom gruppen (ej hembesök).<sup>12</sup> Två av dessa var RCTs (Fleming et al., 2008; Wilton et al., 2009), medan övriga var icke-experimentella (Kern et al., 2004; Nardi, 1994). Utfallen i dessa studier var alkoholkonsumtion (Fleming et al., 2008), depression/depressionssymptom (Kern et al., 2004; Wilton et al., 2009), stress bland föräldrar (Kern et al., 2004) samt samspel mellan moder och barn (Nardi, 1994).

---

<sup>11</sup> Ytterligare studier kring liknande insatser bland såväl gravida som småbarnsföräldrar presenteras under det sista blocket i resultatdelen.

<sup>12</sup> Vi har identifierat två ytterligare studier (båda datorbaserade, korta interventioner) med fokus på småbarnsföräldrar men där vi bedömt att inklusionskriterierna kring konsumtion varit alltför vida (Ondersma et al., 2005; Ondersma et al., 2007). Studiedeltagarna i dessa var individer som använt narkotika månaden innan *graviditeten*.

## Effekter på alkohol-/narkotikakonsumtion

I en stor RCT (*The Healthy Moms Study*) bland 235 riskkonsumenter av alkohol undersökte Fleming et al. (2008) effekten av kort intervention förmedlad inom obstetriska kliniker ("obstetrical practices"). Studiedeltagarna slumpades antingen till sedvanlig vård ("usual care") eller till interventionen inom drygt 30 olika kliniker. Interventionen var inriktad mot motiverande intervju och kognitiv beteendeterapi. Inklusionskriterierna när det gäller alkohol var satta relativt högt (t ex 20 eller fler standardglas under de senaste 28 dagarna eller fyra eller fler standardglas vid minst fyra tillfällen senaste månaden). Studien visade en signifikant, positiv effekt av interventionen jämfört med kontrollgruppen vid en sexmånadersuppföljning i samtliga tre konsumtionsutfall som innefattades (antal standardglas som konsumerats under de senaste 28 dagarna, antal dagar som alkohol druckits under de senaste 28 dagarna samt antal dagar som studiedeltagarna druckit fyra eller fler standardglas). Signifikanta skillnader i dessa utfall kvarstod i regressionsanalyser där bland annat konsumtionsvanor vid baslinjen, utbildning, ålder, tobakskonsumtion och depression kontrollerades.

## Effekter på depression, stress samt samspel moder och barn

I en annan undersökning baserad på *The Healthy Moms Study* undersöktes effekten av interventionen på depression. Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) användes för att mäta depression och det huvudsakliga utfallet var förändring i denna skala från baslinje till sexmånadersuppföljningen. Resultaten visade på en signifikant minskning i "depressionspoäng" från baslinjen till uppföljningen inom interventionsgruppen men inte inom kontrollgruppen, även om skillnaden i EPDS vid uppföljningen inte var signifikant. Regressionsanalyser visade dock på en signifikant skillnad i EPDS vid uppföljningen till interventionsgruppens fördel, kontrollerat för depressionspoäng vid baslinjen samt alkoholkonsumtion vid baslinje samt uppföljning (antalet standardglas under de senaste 28 dagarna). Intressant att notera här är att inget av alkoholkonsumtionsmått var relaterat till depression vid uppföljningen. Slutligen visade forskarna att andelen deprimerade minskade inom experimentgruppen från baslinje till uppföljning men att ingen signifikant skillnad påvisades inom kontrollgruppen.

När det gäller depressionsutfall så har detta också undersökts i en före/efterstudie utan kontrollgrupp av Kern et al. (2004) kring ett föräldrautbildnings/stödprogram (*New Connections*) riktat till drogbrukande småbarnsmödrar (120 studiedeltagare). Studien visade på positiv effekt på depressiva symptom från förmätning till eftermätning, och på en positiv effekt i fyra av sju utfall som handlade om stress hos mödrarna (i de övriga tre utfall relaterade till stress var det ingen skillnad)

I en liten, huvudsakligen kvalitativ studie undersöktes samspel mellan 17 missbrukande kvinnor och deras barn (småbarn) (Nardi, 1994). Kvantitativa analyser visade på ett positivt, statistiskt signifikant samband mellan tid i behandling och samspel mellan moder och barn, men de metodologiska bristerna medför att dessa resultat bör tolkas med stor försiktighet. Insatsen förefaller därtill inte ha varit specifikt inriktad på samspel.

## Slutsats övriga insatser

De befintliga studierna visar på att kort intervention baserad på KBT- och MI-principer kan ha positiva effekter på såväl alkoholkonsumtion som depressionsutfall inom gruppen. Dessa två studier (baserade på The Healthy Moms Study) bygger på ett stort empiriskt underlag (över 200 studiedeltagare) och på en RCT-design, vilket ökar tillförlitligheten i dessa. I och med att uppföljningen gjordes 6 månader efter baslinjemätningen finns det vidare indikationer på åtminstone viss varaktighet av effekterna.

Det finns också indikationer på att insatser riktade till småbarnsföräldrar som använder droger kan ha effekter på stress bland mödrar. Osäkerheten är dock stor här då den enda befintliga studien om detta inte fann genomgående positiva effekter i samtliga utfall som avsåg stress bland mödrar och dess design får också betraktas som svag i och med avsaknaden av kontrollgrupp.

## Insatser till gravida och småbarnsföräldrar med bruk/missbruk av alkohol eller narkotika

Under detta block presenteras resultaten från de studier vi identifierade där såväl gravida som småbarnsföräldrar innefattades. I likhet med vad som var fallet i de två andra blocken ovan adresserar dessa studier flera olika typer av insatser. Totalt fann vi 12 stycken studier av denna karaktär. I likhet med studierna i de andra två blocken var en övervägande majoritet gjorda i USA (10 stycken) medan två av studierna genomförts i de nordiska länderna (Norge och Finland).

### Contingency management

Den insats som studerats relativt oftast bland studierna är Contingency Management (CM) riktat mot gravida/småbarnsföräldrar med missbruksproblem, om än insatsen getts i olika former (Schottenfeld et al., 2011; Silverman et al., 2001; Silverman et al., 2002). De huvudsakliga utfallsvariablerna i dessa amerikanska studier var droganvändning, och samtliga studier är RCTs. Medan studien av Schottenfeld et al. visar på huvudsakliga effekter av insatsen på droganvändning är resultaten något mindre entydiga tvärs över olika utfall i undersökningarna av Silverman et al.

Schottenfeld et al. (2011) undersökte, i en stor RCT genomförd bland 145 deltagare med diagnostiserat kokainberoende, effekten av CM ihop med "the community reinforcement approach" (CRA) eller 12-stegsbehandling. Studiedeltagarna randomiserades till en av fyra grupper: 1) CM+CRA, 2) CA +12-stegsbehandling, 3), 12-stegsbehandling+ kontroll, eller 4) CRA+kontroll. Till skillnad från merparten av de RCTs och kvasiexperimentella studier som beskrivs i denna rapport undersöktes således enbart "aktiva" behandlingar med varandra (jfr Higgins & Green, 2011). CM bestod av att "vouchers" (ung kvitto eller kupong) gavs till personerna för urinprov negativt för kokain, och där värdet för negativa urinprov ökades succesivt i fall det inte var några utelämnade

eller positiva urinprover. Utelämnade eller positiva urinprov ”sänkte” värdet på nästkommande prov som var negativt för kokain. Varje ”voucher” motsvarade ett monetärt värde som kunde bytas mot varor/tjänster motsvarande detta värde. För att kunna studera effekten av CM skapades en kontrollgrupp (”voucher control”, VC i kombination med CRA eller 12-stepsbehandling) inom vilken det också var återkoppling på urinproven, men där deltagarna fick vouchers motsvarande samma monetära värde som CM-gruppen *oavsett om urinproven var negativa eller positiva*. Det fanns alltså inte samma ekonomiska incitament att avhålla sig från kokain i ”voucher-kontrollen”.

Schottenfeld et al. (2011)<sup>13</sup> fann övervägande stöd för effekten av CM jämfört med VC (”voucher control”). När det gäller uppgifter som samlades in under de första tre månaderna av behandlingsperioden hade CM-gruppen i genomsnitt en signifikant längre sammanhängande period av negativa urinprover jämfört med VC. Det var också en signifikant större andel negativa prover i CM-gruppen än i VC-gruppen. Det var dock ingen signifikant skillnad i andelen dagar som deltagarna hade använt kokain (med kontroll för denna uppgift vid den inledande basmätningen). Däremot skilde sig CM-gruppen signifikant från VC-gruppen när det gällde avhållsamhet från kokain under de senaste 30 dagarna, mätt vid olika tillfällen fram till och med ett år efter behandlingsstart. Positiva effekter noterades också för ”drug composite scores” (s 52) på *Addiction Severity Index* (ASI).

Ett intressant fynd från studien är att det inte var någon skillnad mellan CRA och 12-stepsbehandlingsgruppen i något utfall. Inte heller var det några interaktionseffekter mellan CM och CRM respektive 12-stepsbehandling. Annorlunda uttryckt verkar contingency management ha samma effekt på droganvändning oavsett om denna kombineras med CRT eller 12-stepsbehandling.

En mindre entydig bild kring CM framträder i Silverman et al. (2001; 2002). Den version av CM som utvärderas i dessa intressanta, om än små, studier (40 deltagare) kallas *Therapeutic Workplace* (TW). Metoden bygger teoretiskt på liknande principer som traditionella CM-behandlingar men genomförs i form av avlönat arbete alternativt arbetsträning. För att få arbeta eller delta i arbetsträning krävs negativa urinprov, och det avlönade arbetet är därmed den ”belöning” som ges för avhållsamhet från droger. Urinprov lämnas dagligen och för att få arbeta en given dag krävs alltså ett negativt urinprov.

I en uppföljning 6 månader in i programmet påvisades såväl positiva som inga effekter på avhållsamhet från narkotika inom interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen som fick sedvanlig vård (Silverman et al., 2001). Det var en signifikant effekt på andel negativa urinprover avseende opiater och kokain tillsammans för interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen i två olika analyser (dessa baserades på olika sätt att hantera saknade urinprov). Separata analyser för dessa preparat visade emellertid på en mindre entydigt trend: det var en signifikant effekt på andelen negativa urinprover avseende kokain i *den ena av*

---

<sup>13</sup> Tyvärr är rapporteringen i artikeln avseende för oss centrala uppgifter ibland något bristfällig. Även om uppgifter ger gällande att mellan 40 och 50 procent av deltagarna i de olika grupperna var gravida vid baslinjen, men uppgifter saknas på ålder på barn hos ”women with young children” samt hur stor andel som kan kategoriseras som småbarnsföräldrar (barn upp till tre år enligt avgränsningen i vår rapport). Artikeln är vidare till viss del knapphändig när det gäller hur t ex ”voucher-kontrollen” såg ut.

*analyserna* och ingen effekt i *den andra analysen*, medan det inte var något effekt på andelen negativa urinprover för opiater i någon av analyserna. Ytterligare analyser (dock ej signifikans-testade) visade att 40 procent i interventionsgruppen hade negativa urinprover för kokain och opiater tillsammans vid 75 procent eller mer av testtillfällena, medan enbart 10 procent av kontrollgruppen hade negativa tester vid 75 procent av testtillfällena.

Vid en uppföljning där data samlades in från 1,5 år till 3 år efter behandlingsstart påvisades också en något oklar bild (Silverman et al., 2002). På samma sätt som i den tidigare studien pekade denna undersökning på såväl positiva som inga effekter av interventionen. Två huvudsakliga utfall analyserades utifrån såväl urinprov som självrapporterade data (ASI användes i den senare): 1) genomsnittligt antal månader som deltagarna var abstinenta från narkotika samt 2) andel som var abstinenta vid samtliga mätpunkter. Också i denna studie genomfördes två olika typer av analyser baserat på hur uteblivna urinprov respektive självrapporterade data hanterades.

När det gäller urinprovsanalyserna av genomsnittligt antal månader som deltagarna var abstinenta visade forskarna på en signifikant effekt på andelen negativa urinprover för kokain och för opiater separat men ingen effekt för båda tillsammans för interventionen jämfört med kontrollen i en av analyserna (olika sätt att hantera saknade urinprov); Det var dock inga effekter avseende något av dessa tre utfall i den andra analysen. Vidare framträdde en positiv effekt på andelen som lämnat negativa urinprov vid alla mätpunkter för kokain och opiater *separat* men ”o” för båda dessa tillsammans jämfört med kontrollgruppen i en av analyserna (olika sätt att hantera bortfall). I den andra analysen var det ingen effekt på något av dessa utfall.

Inte heller resultaten från de självrapporterade datauppgifterna var helt entydiga. När det gäller genomsnittligt antal månader som deltagarna uppgav att de avhållit sig från narkotika var det signifikanta skillnader avseende kokain och opiater separat men ej för båda dessa tillsammans i en av analyserna. I den andra analysen var det enbart positiva effekter på självrapporterad konsumtion av kokain; inga effekter påvisades på självrapporterad konsumtion av opiater eller på opiater och kokain tillsammans. I det andra primära utfallet – andelen som uppgav sig vara abstinenta vid samtliga mätpunkter – påvisade den första analysen enbart en signifikant effekt för kokain; det var inga effekter på självrapporterad användning av opiater eller på kokain och opiater tillsammans. Inga signifikanta skillnader i dessa tre mått framträdde i den andra analysen.

Också en rad andra utfall testades (t ex andelen som delat nålar, olagliga aktiviteter): enbart i ett av runt tjugo mått var det signifikanta skillnader mellan grupperna, om än det var en klar tendens till mer fördelaktiga utfall inom interventionsgruppen. Studiens begränsade storlek skall dock beaktas när det gäller samtliga analyser. Det finns en klar risk att den statistiska styrkan var för svag för att upptäcka ”sanna” effekter.

## Slutsats contingency management

Kunskapsläget avseende contingency management-insatser riktade till såväl gravida som småbarnsföräldrar är något oklart i nuläget samtidigt som de befintliga studierna pekar på att denna insats *kan* ha positiva effekter på narkoti-

kaanvändning. Studierna av Silverman och medarbetare hade relativt få deltagare, vilket minskar möjligheten att avtäcka "sanna effekter". De positiva effekter som framträder i vissa av deras analyser ger därmed en indikation på att CM kan vara en lovande intervention för gruppen. De studier som vi redogjort för ovan fokuserar emellertid på relativt olika varianter av CM och mer forskning behövs kring dessa.

## Integrerade insatser

Tre av studierna kring insatser till gravida och småbarnsföräldrar med missbruksproblem är av mer "integrerad" karaktär (Hjerkin et al., 2010; McComish et al., 2003; McMurtrie et al., 1999). Studien av Hjerkin et al. är genomförd i Norge och de två senare i USA. Designmässigt är ingen av dessa särskilt stark; den norska studien innefattar en kontrollgrupp av icke-missbrukare, medan en av de amerikanska studierna (McMurtrie et al., 1999) jämför en grupp som varit längre tid i behandling med en grupp som varit där under kortare tid, en grupp "cocaine-positive live births" (s. 704) där patienterna inte varit i behandling samt en grupp födslar som ej var "cocaine-positive" och där patienterna inte heller varit i behandling. Den tredje är en studie utan kontrollgrupp. Studierna adresserade sammantaget flera olika typer av utfall.

Hjerkin et al.'s studie (2010) undersökte neuropsykologiska utfall bland barn (4–11 år) till missbrukare som behandlades på en integrerad enhet (kvinnorna var på enheten från graviditet till och med att barnen var minst 2 år) jämfört med barn i samma åldrar vars mödrar inte hade missbruksproblem. Undersökningsgruppen delades in i en grupp vars mödrar slutade missbruka under första trimestern av graviditeten och en grupp vars mödrar hade fortgående missbruk under hela graviditeten. En negativ effekt i tre av fem utfall påvisades bland barn vars mödrar slutade missbruka under den första trimestern; det var ingen skillnad i de två övriga utfallen. När det gällde barn till gravida som använde droger under hela graviditeten påvisades en negativ effekt jämfört med kontrollgruppen i ett av fem mått. I de övriga fyra måtten var det ingen skillnad mellan grupperna. Barnen till kvinnor som missbrukade under hela graviditeten var dock i högre utsträckning placerade i fostervård än de vars mödrar slutade missbruka under den första trimestern (och fostervård visade sig vara relaterat till bättre neuropsykologiska utfall jämfört med att bo kvar hemma).

I den andra studien av "integrerade" insatser till gravida och småbarnsföräldrar med missbruk (McMurtrie et al., 1999) – huvudsakligen kopplat till crackkokain ("crack cocaine") men också opiater – undersöktes konsumtion (via urinprov) samt hälso-relaterade barnutfall inom en grupp gravida och småbarnsföräldrar i New York. En positiv effekt på droganvändning (oklart kring vilka preparat) framträdde för de som hade varit längre tid i behandling jämfört med en grupp som varit där kortare tid. Samma mönster återfanns när forskarna jämförde vad de kallade en "lågaktivitets-grupp" med en "högaktivitets-grupp" utifrån hur mycket kontakter deltagarna hade med verksamheten per vecka – lågaktivitetsgruppen var mer benägen att lämna positiva urinprov. När det gällde barnutfall (t ex genomsnittlig födelselvikt) påvisades positiva effekter till långtidsgruppens fördel jämfört med korttidsgruppen samt de två kontrollgrupperna

Studien av McComish et al. (2003) utvärderade ett familjecentrerat slutenvårdprogram för gravida kvinnor och kvinnor med barn upp till tre år.<sup>14</sup> Uppföljningsdata pekade på en signifikant förbättring hos mödrarna i tre mått kring ”psykologisk status” (självkänsla, depression och ”overall mood”) och en positiv förändring i två av fyra attitydmått.

### Slutsats integrerade insatser

Det begränsade, och metodologiskt relativt svaga, vetenskapliga stödet för integrerade insatser till gravida och småbarnsföräldrar med missbruksproblem pekar på att dessa insatser eventuellt kan ha positiva effekter på konsumtion samt födelseutfall. När det gäller neuropsykologiska utfall längre fram i tiden hos barnen är dock inte resultaten entydiga, där såväl negativa som inga effekter framträder jämfört med barn till icke-missbrukare. I det senare fallet är en ”noll-effekt” att jämföra med en positiv effekt (det betyder att interventionsgruppens barn har en lika gynnsam utveckling som barn till mödrar som inte har missbruksproblem), men det finns inget entydigt stöd för dylika ”noll-effekter”. Rent allmänt gäller att kunskapsbristerna är stora när det gäller effekterna av denna insats och metodologiskt starkare studier behövs därför.

### Föräldraträning/föräldraförmågor

Tre studier lokaliserades där den gemensamma nämnaren var ett fokus på föräldraträning eller föräldraförmågor, även om deras specifika inriktningar skilde sig något åt (Boukydis & Lester, 2008; Camp & Finkelstein, 1997; Pajulo et al., 2012). Studierna – två amerikanska och en finländsk – undersökte denna typ av intervention i en slutenvårdskontext. Samtliga pekar på gynnsamma effekter tvärs över olika utfallsvariabler, samtidigt som det ska sägas att två av dem får ses som förhållandevis svaga.

Boukydis och Lester (2008) utvärderade vad de kallar ”mother-infant consultation” inom ramen för slutenvårdsbehandling. Urvalet utgjordes av missbrukande kvinnor – drygt 30 personer – med nyfödda barn som deltagit i ett behandlingsprogram från och med slutfasen av graviditeten. Studiedeltagarna placerades antingen i interventionsgruppen eller i kontrollgruppen (sedvanlig vård) genom att de första tre individerna som inkluderades i studien (”three consecutive admissions” [Boukydis & Lester, 2008, s. 4]) placerades i interventionsgruppen, de nästkommande tre i kontrollgruppen, nästa tre i interventionsgruppen, och så vidare. Vid en mätning ca 2–3 månader efter födseln uppvisade mödrarna i interventionsgruppen en signifikant lägre grad av stress. Inga skillnader vad gäller beteende hos den nyfödde påvisades i studien.

Positiva förändringar i centrala utfallsmått noterades i en amerikansk före/efterstudie (ingen kontrollgrupp) kring föräldraträning inom ramen för slutenvårdsbehandling av gravida och kvinnor med barn (Camp & Finkelstein, 1997). Också denna intervention bestod av eftervård, och utvärderades vid två

---

<sup>14</sup> Valet av att placera denna studie under denna rubrik är inte självklart. Programmet beskrivs av författarna som integrerat, och kunde därför också placerats under rubriken ”integrerade program” här.



behandlingsenheter i USA. Ett problem med studien rör dock oklarheter kring översta åldersgräns på barnen. Resultaten presenterades separat för de två enheterna. En signifikant förbättring i självkänsla (*self esteem*) från programstart till avslut rapporterades för båda behandlingsenheterna. Signifikanta förbättringar noterades också för en majoritet av måtten kring föräldraförmågor.

Camp och Finkelstein undersökte också samspel mellan moder och barn vid tre olika tidpunkter: när barnen var sex veckor gamla, när de var ett halvår gamla samt när de var ett år gamla. Positiva förändringar framträdde över tid när det gällde andelen med ”problem scores” inom båda enheterna. När det gällde andelen som bedömdes ha ”positiv interaktion” var det emellertid en förbättring inom den ena enheten men en försämring inom den andra. Analyserna kring samspel rapporterade emellertid inga signifikanstest, vilket i flera fall knappast heller skulle varit meningsfullt pga för små celler.

Pajulo et al.’s (2012) studie innefattade ett urval om 34 mödrar och deras barn som genomgick ett slutenvårdsprogram som utvecklats särskilt för gravida/småbarnsföräldrar med missbruksproblem. En central del av programmet – utöver att verka för avhållsamhet från rusmedel – rör relationen mellan mödrar och deras barn, och utfallet i den aktuella studien var ”reflective functioning”. Positiva, signifikanta förändringar i ”reflective functioning” noterades från graviditet till efter graviditeten. Bristen på kontrollgrupp i denna studie är dock ett påtagligt metodproblem.

### Slutsats föräldraträning/föräldraförmågor

De identifierade studierna kring föräldraträning/föräldraförmågor pekar sammantaget på positiva effekter på utfall som stress, självkänsla och ”reflective functioning”. På grund av att det saknades kontrollgrupp i två av studierna – vilket avsevärt försvårar möjligheten att studera effekter – är den samlade kunskapen att betrakta som osäker i nuläget. Fler experimentella studier krävs för att öka kunskapen om betydelsen av föräldraträning bland missbrukande gravida och småbarnsföräldrar.

### Övriga insatser

Under denna rubrik presenteras resultat från utvärderingar av insatser som, åtminstone delvis, är av annat slag än de ovan (Black et al., 1994; Clark, 2001; Lanehart & Clark, 1996).

Så kallad ”case management” har utvärderats i en amerikansk studie av Lanehart och Clark (1996). Den aktuella interventionen – WISE – pågick både under och efter slutenvårdbehandling och innefattade också stödgrupper efter för de kvinnor som genomgått slutenvårdbehandling. Forskarna gjorde ett urval av de kvinnor som genomgått som lägst sex månader av WISE och analyserade inverkan av interventionen på mått kring bland annat droganvändning, socialt stöd, att vara i anställning/utbildning samt födelsevikt bland barnen. Från början av interventionen till dess slut märktes en signifikant ökning av andelen som var anställda eller i utbildning. Signifikanta förändringar noterades också när det gällde kriminellt beteende (*criminal involvement*, mått via arresteringar och häktningar). En tydlig positiv förändring noterades också när det gällde absti-

nens, även om vissa celler var för små för att det skulle vara meningsfullt att göra signifikanstester avseende det senare utfallet. Metodologiska brister i studien (ingen kontrollgrupp) måste dock beaktas i förhållande till tolkningen av dessa resultat.

Clark (2001) rapporterar resultat från en stor undersökning med över 1800 deltagare som fått behandling vid sammanlagt 24 olika "culturally and gender-specific residential treatment projects". Jämfört med kvinnornas tidigare förlossningar var det en positiv effekt på födselutfall, och det var likväl positiva förändringar avseende "behavioral changes" (alkohol- och narkotikaanvändning, arbetslöshet och kriminalitet) jämfört med programstart. Bristen på kontrollgrupp medför dock, som sagts ovan i anslutning till flera andra studier, att det inte går att veta om förändringen över tid kan hänföras till behandlingen som sådan eller om den snarare reflekterar ett naturligt förlopp. Ett ytterligare tillkortakommande i denna studie rör det faktum att studiedesign och genomförande är något ottydligt beskrivna.

En metodologiskt starkare studie presenteras dock i Black et al. (1994). Studien utvärderade med hjälp av en RCT-design effekten av hembesök. Studiedeltagarna i denna amerikanska studie (kvinnor med missbruk av kokain eller heroin) rekryterades under graviditeten och hembesöken fortgick till och med att barnen var 18 månader gamla. Black och kollegor studerade – i likhet med många av studierna ovan – effekten på flera olika utfall: såväl droganvändning (drogfrihet), attityder- och beteende hos kvinnorna samt barnens utveckling inbegreps. I motsats till vad som ofta är fallet satte forskarna gränsen för statistisk signifikans vid  $p < 0.10$  snarare än  $p < 0.05$  för att minska risken för sk TYP 2-fel<sup>15</sup> Utifrån denna generösa gräns kan interventionen i fråga sägas ha signifikanta effekter på drogfrihet; utifrån den konventionella 5-procentsnivån är det däremot ingen signifikant skillnad mellan experiment- och kontrollgrupp i detta utfall. Samma sak gäller för föräldrabetende, när detta mättes utifrån totalpoängen på den sk. HOME-skalan och för en av delskalorna inom denna. Även vid den mer tillåtande gränsen för statistisk signifikans var det ingen skillnad mellan grupperna i de olika delskalorna kring föräldrabetende.

Därtill framgick inga signifikanta skillnader mellan interventions- och kontrollgrupp i mått kring stress eller benägenhet till vanvård bland mödrarna (mätt via självskattningsskalor). När det gäller barnens utveckling visade visserligen ANOVA (Analysis of Variance) med upprepade mätningar på olika mönster inom grupperna över tid, men en närmare granskning visade att denna skillnad bara var signifikant (på  $p < 0.10$ ) vid 6 månader, men inte vid uppföljningarna vid 12

---

<sup>15</sup> Ett TYP 2-fel innebär enkelt uttryckt att man felaktigt säger att det inte finns någon effekt fast det "egentligen" gör det. Detta kan särskiljas från ett TYP 1-fel som innebär att man säger att det finns en effekt när det "egentligen" inte gör det (Shadish et al., 2002). Valet att sätta en generösare signifikansnivå kan ses som rimligt i studier med små urval då risken för TYP-2 fel är större i dessa. Den aktuella studien är emellertid av en storleksordning (60 deltagare) som är vanlig inom den forskning vi gått igenom i denna översikt men där 5-procentsnivån mer eller mindre genomgående tillämpas (i likhet med andra forskningsområden). En signifikansnivå på  $p < 0.10$  kan därför ses som något generös i ljuset av rådande praxis inom detta och andra forskningsfält. Det skall dock nämnas att i studien presenteras effekter signifikanta på  $p < 0.10$  som "marginella"

och 18 månader. Black et al. (1994) drar den försiktiga, och rimliga slutsatsen, att resultaten ger stöd för en "försiktig optimism" när det gäller möjligheten att via hembesök påverka "positiva beteenden" inom gruppen (s. 440). Det faktum att studien bygger på vad många skulle tycka väl generösa nivåer för statistisk signifikans samt brist på effekter i vissa mått innebär dock att studien knappast ger starkt stöd för interventionen i fråga.

### Slutsats övriga insatser

Med undantag för studien av Black et al. (1994) är de befintliga studierna kring övriga insatser för svaga metodologiskt sett för att några slutsatser kring effekter ska kunna dras. Black et al.'s studie ger emellertid för handen att hembesök som påbörjas under graviditeten och fortgår efter förlossningen framträder som lovande när det gäller att minska droganvändning inom gruppen. Också denna slutsats skall dock tas med stor försiktighet på grund av bristen på replikationer.

## Diskussion

Forskningen kring riktade insatser till *gravida* som dricker alkohol eller använder droger eller som har missbruksproblem pekar som helhet på att det i de flesta fall saknas *enhetligt vetenskapligt* stöd för att de olika insatstyperna har positiva effekter på alkohol-/narkotikaanvändning och födelseutfall. Detta innebär inte att det saknas stöd, snarare att de olika studierna kring respektive insatser drar olika slutsatser. Det relativt starkaste stödet för effekt finner vi för insatser som är samordnade med mödravården avsedda för missbrukande gravida även om flera studier inom detta område är förhållandevis svaga metodologiskt sett.

En viktig slutsats i översikten är att det inte finns *enhetligt* stöd för att specifika behandlingsmetoder är effektiva för missbrukande gravida. Det vetenskapliga stödet för *Contingency Management* (CM) och den närliggande insatsen *Reinforcement-Based Treatment* (RBT) är blandat med övervikt mot inga effekter, medan *Motivational Interviewing* (MI)/*Motivational Enhancement Therapy* (MET) inte framstår som effektiv i förhållande till gravida missbrukare. Bristen på effekter av MI bland narkotikamissbrukande gravida påvisas också i en Cochrane-översikt (Terplan & Lui, 2008). Detta får ses som en viktig aspekt inte minst med tanke på den popularitet som MI åtnjuter överlag inom missbruksbehandlingen i Sverige och andra länder. Fler studier behövs dock kring effekten av MI, särskilt när det gäller gravida alkoholmissbrukare. Bristen på studier bland denna grupp lyfts fram i en annan Cochrane-översikt (Lui, Terplan, & Smith, 2008), och bekräftas också i vår översikt.

De studier kring insatser till gravida som vi granskat har överlag korta uppföljningstider; de flesta sträcker sig som längst till födseln eller i relativt nära anslutning till densamma. Även om positiva effekter på till exempel alkohol-/narkotikakonsumtion under graviditeten är av stort värde – inte minst för det kommande barnet – saknas det till stor del kunskap om eventuella långtidseffekter av insatser under graviditeten. När det gäller medicinska utfall hos barnet adresserar majoriteten av studierna effekter på födelseutfall som exempelvis födelsevikt, huvudomfång samt gestationsålder, medan till exempel den eventuella effekten på barnens fysiska utveckling under de första åren förblir obesvarad.

Frågan om huruvida insatser under graviditeten kan komma såväl föräldrar som barn till godo under småbarnstiden är viktig. I den mån det finns insatser som skulle visa sig effektiva i det långa loppet skulle dessa också kunna utgöra en viktig komponent i folkhälsoarbetet kring barns hälsa och utveckling. Fler experimentella studier med långtidsuppföljningar skulle därtill kunna bidra med viktig kunskap till forskningen om skadeverkningar av alkohol-/narkotikakonsumtion under graviditeten.

Även om vi identifierat studier som innefattar såväl gravida som småbarnsföräldrar med problematiskt bruk av alkohol och narkotika behövs studier kring insatser som inleds under graviditeten och fortgår under barnens första år. Yonkers et al. (2012) visade i sin studie på en minskad konsumtion inom såväl kontrollgrupp (kort rådgivning) som experimentgrupp (*motivational enhancement*

*therapy* kombinerat med *kognitiv beteendeterapi*) under graviditeten men att konsumtionen hade ökat i båda grupperna tre månader efter födseln. Deras studie ger en indikation på att kontinuerliga insatser som pågår också efter födseln skulle kunna fylla en viktig funktion.

Metodologiskt sett är studierna bland gravida som konsumerar alkohol/narkotika överlag starkare än de studier som genomförts bland gravida med uttalade missbruksproblem. Detta är knappast förvånande med tanke på att missbrukspopulationer ofta är svårbeforskade. Det medför emellertid med nödvändighet en påtaglig osäkerhet när det gäller kunskapsbasen kring insatser till gravida med missbruksproblem. Ett betydande antal av de studier vi identifierat saknar kontrollgrupper där gravida missbrukare som får någon form av insats följs över tid. I avsaknad av kontrollgrupp går det emellertid inte veta om en eventuell positiv förändring kan hänföras till insatsen som sådan eller om det snarare t ex rör sig om ett naturligt förlopp. Denna typ av problem har länge varit välkänt inom interventionsforskningen (se t ex Campbell & Stanley, 1963). Detta betyder inte att dessa studier saknar värde, enbart att en mer rigorös studiedesign krävs för att effekter ska kunna fastställas.

När det gäller insatser till småbarnsföräldrar med problematiskt bruk delade vi in studierna i hembesök, samspelsinsatser samt övriga insatser. En slutsats som kan dras är att det saknas övertygande vetenskapligt stöd för att hembesök påverkar konsumtionsmönster hos småbarnsföräldrar. De lovande resultat som påvisats i studier utan kontrollgrupper bekräftas inte i de experimentella studier som vi identifierat. Det finns också lite stöd för att denna insats gynnar samspelet mellan mödrar och barn. Inga övergripande effekter (sk main effects) påvisades till interventionsgruppens fördel jämfört med kontrollgruppen i olika samspelsmått, vare sig i det kortare (6-månadersuppföljning) eller i det längre loppet (uppföljning vid 1,5 år).

Beträffande andra utfall som beteendeproblem och utveckling hos barnen finns det dock evidens för att hembesök kan ha en gynnsam påverkan. Metodologiskt svagare studier ger vidare för handen att hembesök är förenat med en positiv utveckling när det gäller ytterligare andra utfall, men de metodologiska begränsningarna hos dessa medför en stor osäkerhet kring hur giltigt detta mönster är. Vår översikt pekar sammantaget på liknande slutsatser som dras i en Cochrane-översikt kring hembesök, även om den senare också inkluderade gravida (Turnbull & Osborn, 2012)

De studier – även om de är relativt få – som specifikt adresserar samspelsinsatser inom gruppen visar på ganska lovande resultat. En av studierna (Suchman et al., 2010) visade på en medelstor effekt på ett mått och på en liten effekt på ett annat mått, medan resultaten inte var entydiga när det gällde andra utfall. Positiva effekter noterades också i en annan studie (French et al., 1998) men eftermätningarna gjordes i mycket nära anslutning till insatsen vilket försvårar möjligheterna att dra några säkra slutsatser från denna undersökning. En tredje studie (Suchman et al., 2008) visade på en icke-signifikant förändring över tid, men då denna saknade kontrollgrupp samt hade mycket få deltagare är det svårt att dra några slutsatser. Studien av French et al. (1998) indikerar att samspelsinsatser direkt efter födseln kan ha positiva, korttidseffekter. Studiens uppföljning

är dock mycket kort. Detta gör det svårt att dra några slutsatser kring effekterna av insatsen i ett längre tidsperspektiv.

Det finns också begränsat med studier som undersökt effekten av andra insatser till småbarnsföräldrar som använder narkotika eller som har en riskfylld alkoholkonsumtion. De två studier som gjorts inom ramen för *The Healthy Moms Study* visar på positiva effekter av kort intervention på såväl alkoholkonsumtion som depressionsutfall.

Den sista kategorin av studier som vi gått igenom avser insatser bland såväl gravida som småbarnsföräldrar med problematiskt bruk. I likhet med de interventionsstudier som finns bland gravida med problematiskt bruk framträder contingency management (CM) som en av de insatser som utvärderats relativt oftast (även om vi enbart identifierade tre studier). Studierna pekar sammantaget på att CM är lovande för att minska konsumtion inom målgruppen. Även om viss tvetydighet framträder i två av studierna pekar den tredje studien på klart positiva effekter av CM. Det ska nämnas här att de två förstnämnda hade relativt få deltagare, så bristen på signifikanta skillnader i vissa utfall får alltså tolkas med försiktighet. De befintliga studierna är samtliga RCTs, men ytterligare metodologiskt starka studier behövs kring effekterna av CM – inte minst när det gäller utfall relaterade till barnen och deras relation med sina föräldrar.

När det gäller mer integrerade insatser som vänder sig till gravida och småbarnsföräldrar med problematiskt bruk pekar visserligen befintliga studier på att dessa kan ha en positiv inverkan på t ex konsumtion och vissa psykologiska utfall, men ingen av dessa kan betraktas som stark metodologiskt sett. Det vetenskapliga underlaget ger därmed inte stöd för några säkra slutsatser kring effekter.

Det går inte heller dra några tydliga slutsatser när det gäller insatser kring föräldraträning/föräldraförhållanden. Den relativt metodologiskt starkaste studien indikerar minskade stressnivåer i interventionsgruppen, medan bristen på kontrollgrupper i de två andra studierna öppnar upp för stor osäkerhet kring hur resultaten skall tolkas (t ex förbättringen i "reflective functioning" och vissa mått kring föräldraförhållanden).

Bland de studier vi identifierade som var av övrig karaktär kan endast en sägas vara stark nog för att vissa tentativa slutsatser ska kunna dras. Studien (Black et al., 1994) visade på vissa lovande effekter beträffande en hembesöksintervention som påbörjades under graviditeten och pågick till och med ett och ett halvt år efter födseln. Denna längre exponeringsperiod gör studien extra intressant utifrån det vi skrev ovan kring det förmodade behovet av insatser som fortgår under en längre tidsperiod. Studien saknar inte metodologiska problem, men den ger en indikation på att insatsen kan ha effekt på vissa utfall som till exempel drogfrihet. Samtidigt ska sägas att för vissa utfall saknades stöd för effekt.

Sammantaget ger rapporten för handen att studierna om insatser till gravida, till småbarnsföräldrar eller till såväl gravida som småbarnsföräldrar pekar på en stor osäkerhet kring effekterna av insatserna. Medan det i vissa fall framträder en lovande bild – till exempel gällande hembesök bland gravida med missbruksproblem – är bilden förhållandevis oklar i många andra fall. Det ska dock framhållas att vi sett ytterst få tecken till att insatserna kan ha negativa effekter. Osäkerheten hänförs därför huvudsakligen till huruvida insatserna har positiva eller

inga effekter. En stor del av studierna är däremot svaga metodologiskt sett, en slutsats som också dras i flera av de *Cochrane*-översikter som finns kring specifika insatser. Den klart starka dominansen av nordamerikanska studier ökar osäkerheten, då det kan vara problematiskt att överföra resultaten till svenska sammanhang.

Flera av studierna – experimentella och icke-experimentella – har därtill förhållandevis få deltagare. Den statistiska kraften (statistisk power) att identifiera en ”sann” effekt blir följaktligen låg, vilket ökar risken för att man felaktigt drar slutsatsen att det inte finns någon effekt även om det egentligen gör det. Det finns därför i flera studier en risk att potentiella positiva effekter döljs av ett för lågt deltagarantal. Å andra sidan adresserar en del av studierna relativt många utfall, vilket naturligtvis ökar sannolikheten att påvisa signifikanta förbättringar. Det kan alltså finnas en risk för att positiva effekter överbetonas i studier med många utfall, ett faktum som bör vägas mot låg statistisk kraft i förekommande fall.

En jämförelse med den parallella rapporten kring riktade insatser kring psykisk ohälsa bland gravida och småbarnsföräldrar (Heimdahl & Karlsson, 2014) ger för handen att forskningen inom detta område som helhet har fler metodologiska brister – det är bland annat färre RCTs inom detta område, men också definitionerna av målgrupperna tenderar att vara mer oklara. Medan deltagande i studierna kring psykisk ohälsa typiskt sett kräver ett visst antal poäng på instrument som till exempel EPDS – vilket dock i sig inte innebär en diagnostisering – är avgränsningen mer vag i många fall inom forskningen kring riktade insatser till gravida och småbarnsföräldrar med problematiskt bruk. Detta är dock förståeligt, särskilt när det gäller de utmaningar som kan finnas med att rekrytera deltagare med missbruksproblematik.

Det ska också sägas att det är stor variation i de kontrollgrupper som används tvärs över studier. När det gäller specifika behandlingsmetoder visar forskning inom såväl missbruksområdet (t ex Bergmark, 2008) som psykoterapiområdet (Wampold, 2001) på att valet av kontrollgrupp är av stor betydelse för hur effekterna bör tolkas. I de fall obehandlade kontrollgrupper används går det visserligen att säga att hela interventionen (innefattande såväl den specifika behandlingsmetoden som sk. ”common factors”) ansvarar för effekten, men det går inte att hänföra effekten just till den specifika metod som används (Wampold, 2001). Förklaringen är att interventionsgruppen inte enbart får den specifika behandlingsmetoden, utan också andra inslag som är typiska i terapeutiska sammanhang (uppmärksamhet, en person som lyssnar etc) (a.a.).

Sammanfattningsvis pekar litteraturöversikten på att det överlag råder påfallande osäkerhet kring effektiviteten av riktade insatser till gravida och småbarnsföräldrar med problematiskt bruk av alkohol och narkotika. Osäkerheten beror ibland på att det saknas tillräckligt många studier kring de olika insatstyperna och ibland på att studierna pekar åt olika håll. Det faktum att det råder stor brist på svensk eller nordisk forskning förstärker detta ytterligare. Det bör dock än en gång framhållas att vi sett ytterst få indikationer på att insatserna kan vara skadliga. Det behövs mer rigoröst genomförd forskning inom området som helhet, inte minst inom svenska förhållanden. Variationer mellan länder när det gäller t ex mödra- och barnhälsovård är en faktor som försvårar överförbarhet-

en av t ex de amerikanska studier som finns. Fler svenska och nordiska studier skulle fylla en viktig funktion i strävan efter att öka hälsa och välbefinnande hos såväl blivande och nyblivna föräldrar med problematiskt bruk som deras barn.



## Referenser till artiklar som ingår i litteraturöversikten (\*=primärstudier)

### Insatser till gravida som dricker alkohol/ använder narkotika under graviditeten

\*Chang, G., McNamara, T.K., Orav, E.J., Koby, D., Lavigne, A., Ludman, B., Vintorino, N.A., & Wilkins-Haug, L. (2005). Brief intervention for prenatal alcohol use: a randomized trial. *Obstetrics & Gynecology*, 105, 991–998.

\*Eisen, M., Keyser-Smith, J., Dampeer, J., & Sambrano, S. (2000). Evaluation of substance use outcomes in demonstration projects for pregnant and postpartum women and their infants: findings from a quasi-experiment. *Addictive Behaviors*, 25, 123–129.

\*Handmaker, Miller & Manicke (1999). Findings of a pilot study of motivational interviewing with pregnant drinkers. *Journal of Studies on Alcohol*, 60, 285–287.

\*O'Connnor, M.J. & Whaley, S.E. (2007). Brief intervention for alcohol use by pregnant women. *American Journal of Public Health*, 97, 252–258.

\*Jones, H.E., Svikis, D.S., & Tran, G. (2002). Patient compliance and maternal/infant outcomes in pregnant drug-using women. *Substance Use and Misuse*, 37, 1411–1422.

\*Reynolds, K.D., Coombs, D.W., Lowe, J.B., Peterson, P.L., & Gayoso, E. (1995). Valuation of a self-help program to reduce alcohol consumption among pregnant women. *The International Journal of the Addictions*, 30, 427–443.

Stade, B.C., Bailey, C., Dzendoletas, D., Downswell, T., & Bennet, D. (2009). Psychological and/or educational interventions for reducing alcohol consumption in pregnant women and women planning pregnancy (review). *The Cochrane Library*, nr 2.

\*Tzilos, G.K., Sokol, R.J & Ondersma, S.J. (2011). A randomized phase I trial of a brief computer-delivered intervention for alcohol use during pregnancy. *Journal of Women's Health*, 20, 1517–1524.

\*Yonkers, K.A., Forray, A., Howell, H.B., Gotman, N., Kershew, T., Rounsaville, B.J., & Carroll, K.M. (2012). Motivational enhancement therapy coupled with cognitive behavioral therapy versus brief advice: a randomized trial for treatment of hazardous substance use in pregnancy and after delivery. *General Hospital Psychiatry*, 34, 439–449.

## Insatser till gravida med missbruksproblem

### Specifika behandlingsmetoder

\*Elk, R., Mangus, L., Rhoades, H., Andres, R., & Grabowski, J. (1998). Cessation of cocaine use during pregnancy: effects of contingency management interventions on maintaining abstinence and complying with prenatal care. *Addictive Behaviors*, 23, 57–64.

\*Elk, R., Schmitz, J., Spiga, R., Rhoades, H., Andres, R., & Grabowski, J. (1995). Behavioral treatment of cocaine-dependent pregnant women and TB-exposed infants. *Addictive Behaviors*, 20, 533–542.

\*Jones, H.E., Haug, N.A., Stitzer, M.L. & Svikis, D.S. (2000). Improving treatment outcomes for pregnant drug-dependent women using low-magnitude voucher incentives. *Addictive Behaviors*, 25, 263–267.

\* Jones, H.E. Haug, N., Silverman, K., Stitzer, M., & Svikis, D. (2001). The effectiveness of incentives in enhancing treatment attendance and drug abstinence in methadone-maintained pregnant women. *Drug and Alcohol Dependence*, 61, 297–306.

\*Jones, H.E., O’Grady, K.E., & Tuten, M. (2011). Reinforcement-based treatment improves the maternal treatment and neonatal outcomes of pregnant patients enrolled in comprehensive care treatment. *Am J Addict*, 20, 196–204.

Lui, S., & Terplan, M., & Smith, E.J. (2008). Psychosocial interventions for women enrolled in alcohol treatment during pregnancy. *The Cochrane Library*, nr 3.

\*O’Neill, K., Baker, A., Cooke, M., Collins, E., Heather, N., & Wodak, A. (1996). Evaluation of a cognitive-behavioural intervention for pregnant injecting drug users at risk of HIV infection. *Addiction*, 91, 1115–1125.

Terplan, M., & Lui, S. (2008). Psychosocial interventions for pregnant women in outpatient illicit drug treatment programs compared to other interventions. *The Cochrane Library*, nr 3.

\*Winhusen, T., Kropp, F., Babcock, D., Hague, D., Erickson, S.J., Renz, C., Rau, L., Lewis, D., Leimberger, J., & Somoza, E. (2008). Motivational enhancement therapy to improve treatment utilization and outcome in pregnant substance users. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 35, 161–173.

### Insatser samordnade med mödravård

\*Armstrong, M.A., Gonzales Osejo, V., Lieberman, L., Carpenter, D.M., Pantoja, P.M., & Escobar, G.J. (2003). Perinatal substance abuse intervention in obstetric clinics decreases adverse neonatal outcomes. *Journal of Perinatology*, 23, 3–9.

\*Chang, G., Carroll, K.M., Behr, H.M., & Kosten, T.R. (1992). Improving treatment outcome in pregnant opiate-dependent women. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 327–330.

\*Chazotte, C., Youchah, J., & Comerford Freda, M. (1995). Cocaine use during pregnancy and low birth weight: the impact of prenatal care and drug treatment. *Seminars in Perinatology*, 19, 293–300.

\*Corse, S.J., & Smith, M. (1998). Reducing substance abuse during pregnancy. Discriminating among levels of response in a prenatal setting. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15, 457–467.

\*Goler, NC., Armstrong, M.A., Taillac, CJ., & Osejo, V.M. (2008). Substance abuse treatment linked with prenatal visits improves perinatal outcomes: a new standard. *Journal of Perinatology*, 28, 597–603.

\*Hjerkin, B., Rosvold, E.O., & Lindbæk, M. (2009). Neonatal findings among children of substance-abusing women attending a special child welfare clinic in Norway. *Scandinavian Journal of Public Health*, 37, 751–757.

Milligan, K., Nicols, A., Sword, W., Thabane, L., Henderson, J., & Smith, A. (2011). Birth outcomes for infants born to women participating in integrated substance abuse treatment programs: a meta-analytic review. *Addiction Research and Theory*, 19, 542–555.

\*Ordean, A., & Kahan, M. (2011). Comprehensive treatment program for pregnant substance users in a family medicine clinic. *Canadian Family Physician*, 57, e430–e435.

\*Sweeney, P.J., Schwartz, R.M., Mattis, N.G., & Vohr, B. (2000). The effect of integrating substance abuse treatment with prenatal care on birth outcome. *Journal of Perinatology*, 4, 219–224.

#### Slutenvård

\*Barkauskas, V.H., Kane Lowe, L., & Pimlott, S. (2002). Health outcomes of incarcerated pregnant women and their infants in a community-based program. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 47, 371–379.

\*Comfort, M. & Kaltenbach, K.A. (1999). Biopsychosocial characteristics and treatment outcomes of pregnant cocaine-dependent women in residential and outpatient substance abuse treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 31, 279–289.

\*Little, B.B., Snell, L., Van Beveren, T.T., Crowell, R., Trayler, S., & Johnston, W.L. (2003). Treatment of substance abuse during pregnancy and infant outcome. *Journal of Perinatology*, 20, 255–262.

## Övriga insatser

\*Farrow, J.A., Watts, H., Krohn, M.A., & Carmichael Olson, H. (1999). Pregnant adolescents in chemical dependency treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 16, 157–161.

## Riktade insatser till småbarnsföräldrar (barn 0–3 år) med bruk/missbruk av alkohol eller narkotika

### Hembesök

\*Butz, A.M., Pulsifer, M., Marano, N., Belcher, H., Lears, M.K., & Royall, R. (2001). Effectiveness of a home interven for perceived child behavioral problems and parenting stress in children with in utero drug exposure. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 155, 1029–1037.

\*Grant, T., Ernst, C.C., Pagalilauan, G., & Streissguth, A. (2003). Postpartum follow-up effects of paraprofessional intervention with high-risk women who abused alcohol and drugs during pregnancy. *Journal of Community Psychology*, 31, 211–222.

\*Ernst, C.C, Grant, T.M., Streissguth, A.P., & Sampson, P.D. (1999). Intervention with high-risk alcohol and drug abusing mothers: II. Three-year findings from the Seattle model of paraprofessional advocacy. *Journal of Community Psychology*, 27, 19–38.

\*Jansson, L.M., Svikis, D.S., & Beilenson, P. (2003). Effectiveness of child case management services for offspring of drug-dependent women. *Substance Use & Misuse*, 38, 1933–1952.

\*Schuler, M.E., Nair, P., Black, M.B., & Kettinger, L. (2000). Mother-infant interaction: effects of a home intervention and ongoing maternal drug use. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 424–431.

\*Schuler, M.E., Nair, P., & Black, M.M. (2002). Ongoing maternal drug use, parenting attitudes, and a home intervention: effects on mother-child interaction at 18 months. *Journal of Developmental Pediatrics*, 23, 87–94.

\*Schuler, M.E., Nair, P., & Kettinger, L. (2003). Drug-exposed infants and developmental outcome. Effects of a home intervention and ongoing maternal drug use. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 157, 133–136.

Turnbull, C., & Osborn, D.A. (2012). Home visits during pregnancy and after birth for women with an alcohol or drug problem (review). *The Cochrane Library*, nr. 1.

#### Specifika samspels-anknytningsinsatser

\*French, E.D., Pituch, M., Brandt, J., Pohorecki, S. (1998). Improving interactions between substance-abusing mothers and their substance-exposed newborns. *JOGNN*, 27, 262–269.

\*Suchman, N., DeCoste, C., Castiglioni, N., Legow, N., & Mayes, L. (2008). The Mothers and Toddlers Program: preliminary findings from an attachment-based parenting intervention for substance-abusing mothers. *Psychoanalytical Psychology*, 25, 499–517.

\*Suchman, N., DeCoste, C., Castiglioni, N., McMahon, T.J., Rounsaville, B., & Mayes, L. (2010). *Attachment & Human Development*, 12, 483–504.

#### Övriga insatser

\*Fleming, M.F., Lund, M.R., Wilton, G., Landry, M., & Scheets, D. (2008). The Healthy Moms Study: The efficacy of brief alcohol intervention in postpartum women. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 32, 1600–1606.

\*Kern, J.K., West, E.Y., Grannemann, B.D., Greer, T.L., Snell, L.M., Cline, L.L., VanBeveren, T.T., Heartwell, S.F., Kleiber, B.A., & Trivedi, M.H. (2004). Reductions in stress and depressive symptoms in mothers of substance-exposed infants, participating in a psychosocial program. *Maternal and Child Health Journal*, 8, 127–136.

\*Nardi, D.A. (1994). Parent-infant interaction during perinatal addiction treatment. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 17, 161–175.

\*Wilton, G., Moberg, D.P., & Fleming, M.F. (2009). The effect of brief alcohol intervention on postpartum depression. *American Journal of Maternal/Child Nursing*, 34, 297–302.

#### Insatser till gravida och småbarnsföräldrar med bruk/missbruk av alkohol eller narkotika

##### Contingency management

\*Schottenfeld, R.S., Moore, B., & Pantalon, M.V. (2011). Contingency management with community reinforcement approach or twelve-step facilitation drug counseling for cocaine dependent pregnant women or women with young children. *Drug and Alcohol Dependence*, 118, 48–55.

\*Silverman, K., Svikis, D., Robles, E., Stitzer, M.L., & Bigelow, G.E. (2001). A reinforcement-based therapeutic workplace for the treatment of drug abuse: six-month abstinence outcomes. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 9, 14–23.

\*Silverman, K., Svikis, D., Wong, C.J., Hampton, J., Stitzer, M.L., & Bigelow, G.E. (2002). A reinforcement-based therapeutic workplace for the treatment of drug abuse: three-year abstinence outcomes. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 10, 228–240.

#### Integrerade insatser

\*Hjerkin, B., Lindbæk, M., Skogmo, I., & Rosvold, E.O. (2010). Neuropsychological screening of children of substance-abusing women attending a special child welfare clinic in Norway. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 5, 1–10.

\*McComish et al., J.F., Greenberg, R., Ager, J., Essenmacher, L., Orgain, L.S., & Bacik, W.J. (2003). Family-focused substance abuse treatment: a program evaluation. *Journal of Psychoactive Drugs*, 35, 321–331.

\*McMurtrie, C., Rosenberg, K.D., Kerker, B.D., Kan, J., & Graham, E.H. (1999). A unique drug treatment program for pregnant and postpartum substance-using women in New York City: Results from a pilot project, 1990–1995. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 25, 701–713.

#### Föräldraträning/föräldraförmågor

\*Boukydis, C.F.Z., & Lester, B.M. (2008). Mother-infant consultation during drug treatment: research and innovative clinical practice. *Harm Reduction Journal*, 5, 1–8.

\*Camp, J.M., & Finkelstein, N. (1997). Parenting training for women in residential substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14, 411–422.

\*Pajulo, M., Pyykkönen, N., Kalland, M., Sinkkonen, J., Helenius, H., Punamäki, R.-J. & Suchman, N. (2012). Substance-abusing mothers in residential treatment with their babies: importance of pre- and postnatal maternal reflective functioning. *Infant Mental Health Journal*, 33, 70–81.

#### Övriga insatser

\*Black, M.M., Nair, P., Kight, C., Wachtel, R., Roby, P., & Schuler, M. (1994). Parenting and early development among children of drug-abusing women: effects of home intervention. *Pediatrics*, 94, 440–448.

\*Clark, H.W. (2001). Residential substance abuse treatment for pregnant and postpartum women and their children: treatment and policy implications. *Child Welfare*, 80, 179–198.

\*Lanehart, R.E., Clark, H.B., Rollings, J.P., Haradon, D.K., & Scrivner, L. (1996). The impact of intensive case-managed intervention on substance-using pregnant and postpartum women. *Journal of Substance Abuse*, 8, 487–495.

## Övriga referenser

Barnard, M., & McKeganey, N. (2004). The impact of parental problem drug use on children: what is the problem and what can be done to help? *Addiction*, 99, 552–559.

Bergmark, A. (2008). Specific and contextual treatment mechanisms. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 25, 277–285.

Campbell, D.T., Stanley, J.C. (1963). *Experimental and quasi-experimental designs for research*. Boston: Houghton Mifflin Company.

Eiden, R.D., Schuetze, P., & Coles, C.D. (2011). Maternal cocaine use and mother-infant interactions: direct and moderated associations. *Neurotoxicology and Teratology*, 33, 120–128.

Gouin, K., Murphy, K., Shah, P.S., & the Knowledge Synthesis group on Determinants of Low Birth Weight and Preterm Births. (2011). Effects of cocaine use during pregnancy on low birthweight and preterm birth: systematic review and metaanalysis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 204, 340.e1–340.e12.

Heimdahl, K., & Karlsson, P. (2013). *Riktade psykosociala insatser till gravida och småbarnsföräldrar med psykisk ohälsa: en litteraturstudie*. Kalmar: Nationellt kompetenscentrum anhöriga.

Henderson, J., Gray, R., & Brocklehurst, P. (2007). Systematic review of effects of low-moderate prenatal alcohol exposure on pregnancy outcome. *BJOG*, 114, 243–252.

Hjerkinn, B., Lindbæk, M., & Rosvold, E.O. (2007). Substance abuse in pregnant women. Experiences from a special child welfare clinic in Norway. *BMC Public Health*, 7, 322.

Higgins, J.P.T., & Green, S. (eds) (2011). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0 [updated March 2011]*. The Cochrane Collaboration.

Ladhani, N.N., Shah, P.S., & Murphy, K.E. for the Knowledge Synthesis Group on Determinants of Preterm/LBW Births. (2011). Prenatal amphetamine exposure and birth outcomes: a systematic review and metaanalysis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 205, 219.e1–219.e7.

Lebel, C., Mattson, S.N., Riley, E.P., Jones, K.L., Adnams, C.M., May, P.A, Bookheimer, S.Y., O'Connor, M.J., Narr, K.L., Kan, E., Abaryan, Z., & Sowell, E.R. (2012). A longitudinal study of the long-term consequences of drinking during pregnancy: heavy *in utero* alcohol exposure disrupts the normal processes of brain development. *The Journal of Neuroscience*, 32, 15243–15251.

Ondersma, S.J., Chase, S.K., Svikis, D.S., & Schuster, C.R. (2005). Computer-based brief motivational intervention for perinatal drug use. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28, 305–312.

Ondersma, S.J., Svikis, D.S., & Schuster, C.R. (2007). Computer-based brief intervention: a randomized trial with postpartum women. *American Journal of Preventive Medicine*, 32, 231–238.

Shadish, W.R., Cook, T.D., & Campbell, D.T. (2002). *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*. Boston: Houghton Mifflin Company.

Wampold, B. (2001). *The great psychotherapy debate – Models, Methods and Findings*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.



## Utgivna publikationer

### Rapporter Barn som anhöriga

Riktade psykosociala insatser till gravida och småbarnsföräldrar med psykisk ohälsa: en litteraturstudie. Heimdahl, Karin och Karlsson, Patrik.

Rapport Barn som anhöriga 2013:6

Riktade psykosociala insatser till gravida och småbarnsföräldrar med problematiskt bruk av alkohol och narkotika: en litteraturstudie. Heimdahl, Karin och Karlsson, Patrik. Rapport Barn som anhöriga 2013:5.

Fetal Alcohol Spectrum Disorders. Psykosociala konsekvenser av och preventiva aspekter på alkoholrelaterade fosterskador. Rangmar, Jenny & Fahlke, Claudia.

Rapport Barn som anhöriga 2013:4.

Barn som anhöriga: hur går det i skolan? Rapport 2 från projektet ”Barn som anhöriga” från CHES, Stockholms universitet/Karolinska Institutet i samarbete med institutionen för socialt arbete vid Stockholms universitet. Hjern, Anders, Berg, Lisa, Rostila, Mikael Vinnerljung, Bo. Rapport Barn som anhöriga 2013:3

Barn som anhöriga till föräldrar med allvarlig fysisk sjukdom eller skada. Järkestig Berggren, Ulrika och Hanson, Elizabeth. Rapport Barn som anhöriga 2013:2.

Barn som anhöriga till patienter i vården – hur många är de? Hjern, Anders och Adelino Manchica, Helio. Rapport Barn som anhöriga 2013:1.

### Rapporter

Stöd till anhöriga – erfarenheter från åtta kommuner 2010–2012. Winqvist, Marianne, Magnusson, Lennart, Bergström, Ingela m fl. Nka Rapport 2012:4.

Livskvalitet hos anhöriga som vårdare en äldre närstående med inkontinens. En svensk delrapport av ett EU-projekt initierat av SCA och Eurocarers. Andersson, Gunnel och Hanson, Elizabeth.

Nka Rapport 2012:3.

Teknikstöd för yrkesverksamma anhöriga. En behovsstudie. Mathény, Gunilla, Olofsson, Charlotte, Rutbäck, Sofia och Hanson, Elizabeth. Nka Rapport 2012:2

Teknikstöd för yrkesverksamma anhöriga. Resultat från utvärdering av tre projekt inom programmet Teknik för äldre II. Andersson, Stefan, Magnusson, Lennart och Hanson, Elisabeth. Nka Rapport 2012:1.

### Kunskapsöversikter Anhöriga till personer med funktionshinder publiceras på webbplatsen

[Information och praktisk hjälp till anhöriga](#). Gough, Ritva. Kunskapsöversikt 2013:6.

Anhörigas stöd till vuxna med sjukdom eller funktionshinder.

Gough, Ritva. Kunskapsöversikt 2013:5.

Barn som anhöriga. Kunskapsöversikt 2013:4. Gough, Ritva.

Föräldrars behov av stöd och service – när barn har funktionshinder.

Gough, Ritva. Kunskapsöversikt 2013:3.

Samhällets insatser från socialtjänsten, skolan och försäkringskassan.

Gough, Ritva. Kunskapsöversikt 2013:2.

Människor med funktionshinder i samhället. Gough, Ritva. Kunskapsöversikt 2013:1.

## Kunskapsöversikter

Kommunikation hos och med barn och ungdomar med flerfunktionsnedsättningar: En systematisk kunskapsöversikt. Wilder, Jenny. Kunskapsöversikt 2014:1

Etnicitet – minoritet – anhörigskap. Sand, Ann-Britt. Kunskapsöversikt 2012:1.

Samtalets betydelse som anhörigstöd. Winqvist, Marianne. Kunskapsöversikt 2011:1.

Anhörigvårdares hälsa. Erlingsson, Christen, Magnusson, Lennart och Hanson, Elizabeth. Kunskapsöversikt 2010:3.

Individualisering, utvärdering och utveckling av anhörigstöd. Winqvist, Marianne. Kunskapsöversikt 2010:2.

Anhöriga som kombinerar förvärvsarbete med anhörigomsorg. Sand, Ann-Britt. Kunskapsöversikt 2010:1.

## Inspirationsmaterial till Kunskapsöversikterna

Samtalets betydelse. Svensson, Jan-Olof. Inspirationsmaterial 2013:1

Anhörigas hälsa: När mår man bra som anhörig? Svensson, Jan-Olof. Inspirationsmaterial 2012:1.

e-tjänster och ny teknik för anhöriga. Amilon, Kajsa, Magnusson, Lennart och Hanson, Elizabeth. Inspirationsmaterial 2010:4

Individualisering, utveckling och utvärdering av anhörigstöd. Svensson, Jan-Olof. Inspirationsmaterial 2010:2.

Stöd till anhöriga som kombinerar förvärvsarbete och anhörigomsorg. Olofsson, Birgitta, Sand, Ann-Britt. Inspirationsmaterial 2010:1.

Publikationerna kan beställas via Nka:s webbplats

[www.anhoriga.se](http://www.anhoriga.se)

Publikationen är utgiven av:

Nationellt kompetenscentrum anhöriga  
Box 762  
391 27 Kalmar

Tfn: 0480-41 80 20

[www.anhoriga.se](http://www.anhoriga.se)

## Riktade psykosociala insatser till gravida och småbarnsföräldrar med problematiskt bruk av alkohol och narkotika: en litteraturstudie

En förälders problematiska bruk av alkohol eller narkotika i samband med graviditet och småbarnsår kan leda till ett flertal olika negativa konsekvenser. Vid sidan av de medicinska risker som substansbruk under graviditet kan medföra innebär ett problematiskt bruk hos en nybliven förälder även att barnet utsätts för förhöjda risker psykologiskt och socialt, i form av bland annat anknytningssvårigheter och bristande omsorg. Adekvata och effektiva stödinsatser riktade till denna grupp av föräldrar är därmed angelägna.

Behovet av stödinsatser aktualiserar dock även frågan om i vilken mån olika typer av insatser faktiskt fungerar. I föreliggande översikt sammanställs den internationella forskningen på området. Syftet är att belysa vilka psykosociala insatser riktade till föräldrar med problematiskt bruk som finns studerade, samt vad som är möjligt att säga om dessa insatsers effekter.



Karin Heimdahl är doktorand vid Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet. Hennes avhandlingsarbete rör missbruk och föräldraskap.



Patrik Karlsson är docent och universitetslektor vid institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet. Hans forskning berör främst alkohol- och narkotikaanvändning inom olika grupper samt insatser för att förebygga eller minska konsumtionen.

**Nka: Barn som anhöriga**

2013:5

ISBN 978-91-87731-06-8

[www.anhoriga.se](http://www.anhoriga.se)