

Utgitt av	Folkehelseinstituttet, Område for helsetjenester
Tittel	Tvangsmedisinering i psykisk helsevern – en systematisk kartleggingsoversikt
English title	Coerced medication in mental health care – a systematic mapping review
Ansvarlig	Camilla Stoltenberg, direktør
Forfattere	Asbjørn Steiro, prosjektleder, <i>forsker, Folkehelsinstituttet</i> Kristin Thuve Dahm, <i>forsker, Folkehelseinstituttet</i> Hilde Strømme, <i>seniorrådgiver, Folkehelseinstituttet</i> Kjetil Gundro Brurberg, <i>seksjonsleder, Folkehelseinstituttet</i>
ISBN	978-82-8082-918
Publikasjonstype	Systematisk kartleggingsoversikt
Antall sider	35 (59 inklusiv vedlegg)
Oppdragsgiver	Senter for etikk ved Universitetet i Oslo
Emneord(MeSH)	Mental Disorders; Coercion; Psychotropic Drugs
Sitering	Steiro AK, Dahm KT, Strømme H, Brurberg KG. Tvangsmedisinering i psykisk helsevern – en systematisk kartleggingsoversikt. [Coerced medication in mental health care – a systematic mapping review] Rapport – 2018. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2018.

Innhold

INNHold	3
HOVEDBUdSKAP	5
KEY MESSAGES	6
FORORD	7
INNLEDNING	8
METODE	11
Inklusjonskriterier	11
Litteratursøking	12
Artikkelutvelging	12
Vurdering av kvalitet og risiko for systematiske feil	13
Dataekstraksjon	13
Etikk	13
RESULTATER	14
1. Resultater av søk	14
2. Beskrivelse av inkluderte systematiske oversikter	16
2.1. Omfang av tvangsbruk	17
2.2. Pasientpopulasjoner og kliniske kjennetegn	17
2.3. Hva predikerer bruk av tvang?	18
2.4. Årsaker til å nekte medisinerings	18
2.5. Årsaker til behandlingsetterlevelse	19
2.6. Bruk av tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD)	19
3. Beskrivelse av inkluderte enkeltstudier	20
3.1. Variasjon i bruk av tvang	21
3.2. Effekt av tvangsmedisinering	22
3.3. Pasientpopulasjon, diagnose og risikofaktorer	23
3.4. Brukeres erfaringer med bruk av tvang	25
3.5. Helsepersonells erfaringer og holdninger til bruk av tvang	27
DISKUSJON	29
Hovedfunn	29
Styrker og svakheter	29
Hvor generaliserbare er resultatene?	30
Definisjon av tvangsmedisinering	31

KONKLUSJON	32
REFERANSER	33
VEDLEGG	36
Vedlegg 1. Søkestrategi	36
Vedlegg 2. Ekskluderte systematiske oversikter	41
Vedlegg 3. Ekskluderte enkeltstudier	42
Vedlegg 4. Enkeltstudier: identifisert i søk, men rapportert i inkluderte oversikter	43
Vedlegg 5. Inkluderte systematiske oversikter	44
Vedlegg 6. Variasjon i tvangsbruk	46
Vedlegg 7. Enkeltstudier om effekt av tvangsmedisinering	47
Vedlegg 8. Enkeltstudier om pasientpopulasjon og risikofaktorer	49
Vedlegg 9. Enkeltstudier om brukeres erfaringer med bruk av tvang	54
Vedlegg 10. Enkeltstudier om helsepersonells erfaringer og holdninger	58

Hovedbudskap

Folkehelseinstituttet fikk i oppdrag fra Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo å søke etter empirisk forskningslitteratur om tvangsmedisinering i psykisk helsevern. Vi utførte en systematisk kartleggingsoversikt der vi søkte etter systematiske oversikter og enkeltstudier om tvangsmedisinering av voksne pasienter.

Det systematiske søket resulterte i 1601 treff. Vi innhentet 77 referanser i fulltekst og inkluderte åtte oversikter og 25 enkeltstudier. Deltakerne i studiene var i hovedsak pasienter med schizofreni, bipolare lidelser og psykosestilstander. Vi har klassifisert tvangsmedisinering som: 1) korttidsvirkende legemidler brukt som tvangsmiddel eller 2) lengre tids tvangsbehandling med legemidler og 3) tvang uten døgnopphold/tvangsmedisinering utenfor institusjon.

Forfatterne av de inkluderte oversiktene beskriver blant annet:

- Det er forsket mer på isolasjon og mekaniske tvangsmidler enn på tvangsmedisinering
- Overfall, eller trussel om vold mot omgivelsene, var den vanligste årsaken til tvangsmedisinering
- Etterlevelse av behandling med antipsykotika henger sammen med pasientens opplevelse av effekt, bivirkninger og annen medisinbruk.
- Pasienter som motsatte seg medisinering ble liggende lenger på sykehus, mens tvangsmedisinering kan forkorte innleggelsestiden.
- Kunnskapen om effekten av tvunget psykisk helsevern (TUD) er begrenset, og det er behov for flere randomiserte kontrollerte studier med høy metodisk kvalitet.

Vi identifiserte også 25 antatt relevante enkeltstudier som ikke var inkludert i de identifiserte oversiktene. Disse enkeltstudiene omhandlet 1) Variasjon i praksis, 2) Effekt av tvangsmedisinering, 3) Prevalens og risikofaktorer, 4) Brukertilfredshet og brukererfaring og 5) Helsepersonells holdninger og erfaringer.

Tittel:

Tvangsmedisinering i psykisk helsevern – en systematisk kartleggingsoversikt

Publikasjonstype:

Systematisk kartleggingsoversikt

En kartleggingsoversikt kartlegger og kategoriserer eksisterende forskning på et tematisk område og identifiserer forskningshull som kan lede til videre forskning

Svarer ikke på alt:

Kartleggingsoversikter gjengir resultater slik de er rapportert i inkluderte studier. Inkluderte studier er ikke kvalitetsvurdert, og vi har ikke gjennomført egne sammenstillinger eller analyser.

Hvem står bak denne publikasjonen?

Folkehelseinstituttet har gjennomført oppdraget etter forespørsel fra Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo

Når ble litteratursøket utført?

Søk etter studier ble avsluttet i februar 2017.

Key messages

The Norwegian Institute of Public Health was commissioned by Centre for Medical Ethics at the University of Oslo to search for empirical research literature on coerced medication in mental health care. We performed a systematic mapping review where we searched for systematic reviews and primary studies of coerced medication for adult patients.

The search for primary studies resulted in 1601 references. We read 77 studies in full-text and included eight reviews and 25 primary studies. The population was mainly patients with schizophrenia, bipolar disorder and psychosis. We categorised coerced medication as: 1) short-term drugs used as coerced means, 2) long-term coerced treatment with drugs, and 3) coerced medication in out-patient institution

Among other things, the authors of the included reviews described:

- There has been done more research on seclusion and mechanical restraints than on forced medication.
- Assault and risk of violence was the most common cause of forced medication.
- Adherence to treatment with antipsychotics depends on the patient's experience with efficacy, side effects and the use of other drugs.
- Patients who refused psychotropic medication in acute inpatient psychiatric care were longer in hospital, whereas involuntary medication was associated with shorter admissions.
- The evidence for the efficacy of involuntarily outpatient treatment is inconclusive, and there is a need for more randomized controlled studies with high methodological quality

We also identified 25 possibly relevant primary studies that were not included in the identified reviews. These 25 primary studies were about: 1) Variation in practice, 2) The efficacy of coerced medication, 3) Prevalence and risk factors, 4) User satisfaction and user experience and 5) Health personnel's attitudes and experiences.

Title:

Coerced medication in mental health care – a systematic mapping review

Type of publication:

Systematic mapping review

A mapping review aim to map and categorise existing research in a

Doesn't answer everything:

Mapping reviews aim to describe existing research

Publisher:

Norwegian Institute of Public Health

Updated:

Last search for studies: February 2017.

Forord

Folkehelseinstituttet fikk i oppdrag fra Senter for medisinsk etikk ved Universitet i Oslo om å lage en systematisk oversikt over effekten av tvangsmedisinering i psykisk helsevern. De hadde funnet begrenset dokumentasjon etter egne søk etter litteratur, og så behovet for å kartlegge dette på en systematisk måte.

På bakgrunn av forskningsområdets karakter har vi valgt å løse oppdraget som en systematisk kartleggingsoversikt som beskriver empirisk forskningslitteratur om bruk av tvangsmedisinering i psykisk helsevern. Dette ble gjort i forståelse med oppdragsgiver.

Prosjektgruppen har bestått av:

- Prosjektleder: Asbjørn Steiro, forsker
- Kristin Thuve Dahm, forsker
- Hilde Strømme, seniorrådgiver (forskningsbibliotekar)
- Kjetil Gundro Brurberg, seksjonsleder

En stor takk til seksjonsledere ved Folkehelseinstituttet Rigmor Berg, Brynjar Fure og Lene Juvet som har gjennomgått og gitt innspill til prosjektplan og rapport.

Alle forfattere har fylt ut et skjema som kartlegger mulige interessekonflikter. Ingen oppgir interessekonflikter.

Folkehelseinstituttet tar det fulle ansvaret for synspunktene som er uttrykt i rapporten.

Kjetil Gundro Brurberg
Fung. fagdirektør

Asbjørn Steiro
Prosjektleder

Innledning

Bakgrunn

Psykiske lidelser er plager og symptomer som påvirker tanker, følelser, atferd og væremåte. Det er viktig å identifisere risikofaktorer, beskyttelsesfaktorer, årsaksfaktorer og samfunnsmessige konsekvenser av psykiske lidelser (1). Tvangsbehandling er formelt tvungen behandling i psykisk helsevern med et fattet juridisk vedtak. Fylkesmennene behandlet 1 061 klager på tvangsbehandling i 2015 og fattet totalt 1 076 vedtak (2). Av disse omhandlet 1 049 saker tvangsmedisinering, 25 saker omhandlet tvangsernæring og to saker omhandlet et annet tema. Antall årlige vedtak om tvangsmedisinering varierte mellom 821 og 848 i perioden fra 2009 til 2012, men har økt fra 2013 (2).

Psykisk helsevern

Psykisk helsevern i Norge er det som omfattes av psykisk helsevernloven (3), nærmere definert som «spesialisthelsetjenestens undersøkelse og behandling av mennesker på grunn av psykisk lidelse, samt den pleie og omsorg som dette krever». Etablering av tvungent psykisk helsevern omtales i lovens kapittel 3 og er definert som «undersøkelse og behandling av mennesker med psykiske lidelser i spesialisthelsetjenesten».

Spesialisthelsetjenesten omfatter distrikts-psykiatriske sentre (DPS) og sykehus. Private spesialister utgjør også en viktig del av spesialisthelsetjenesten (4). Behandlingen er tverrfaglig, og pasienten kan møte leger (psykiatere), sykepleiere, psykologer, ergoterapeuter, fysioterapeuter, vernepleiere, pedagoger og sosionomer. De vanligste behandlingsformene innen psykisk helsevern er samtaleterapi, medikamentell behandling og gruppetilnærming (5).

Bestemmelser om bruk av tvang

Tvungent psykisk helsevern kan ifølge loven bare anvendes når frivillig psykisk helsevern har vært forsøkt uten å føre frem, eller dersom det er åpenbart formålsløst å forsøke dette.

Bruk av tvang overfor enkeltpersoner må ha hjemmel i lov. Lov om psykisk helsevern regulerer bruk av tvang i psykisk helsevern. Psykisk helsevernloven gir det rettslige grunnlaget for helsepersonells tvangsutøvelse. Loven gjør det også mulig å behandle pasienter under tvungent psykisk helsevern utenfor døgninstitusjon uten for utgående institusjonsopphold. Dette forutsetter at pasienten har egen bopel. Behandlingen kan omfatte pålegg om å møte til behandling, og hvis nødvendig kan pasienten hentes til behandling, eventuelt med tvang (6).

Ifølge § 3-3 nr.3 i loven kan tvungent psykisk helsevern anvendes overfor en person med alvorlig sinnslidelse dersom dette er nødvendig for å hindre at vedkommende på grunn av sinnslidelse enten

- a) får sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert, eller det er stor sannsynlighet for at vedkommende i meget nær fremtid får sin tilstand vesentlig forverret, eller
- b) utgjør en nærliggende fare for eget eller andres liv eller helse.

Fra første september 2017 har det blitt gjort flere endringer i loven. Blant annet omhandler dette betydningen av pasientens samtykkekompetanse. Det er inntatt et nytt vilkår i lovens § 3-3 nr. 4. Det er nå et selvstendig vilkår at pasienten mangler samtykkekompetanse for vedtak om tvungent psykisk helsevern. Det er likevel gjort et unntak fra dette vilkåret ved nærliggende og alvorlig fare for pasientens eget liv eller andres liv eller helse. Dette innebærer at alternativ a) i § 3-3 nr. 3 ikke lenger kan tjene som hjemmel for tvang overfor samtykkekompetente pasienter, og at det heller ikke foreligger tilstrekkelig lovhjemmel dersom det kun er fare for den samtykkekompetente pasientens egen helse.

Etablering og opphør av tvungent psykisk helsevern – *tvangsinnleggelse* vil i all hovedsak omfatte § 3-3, men også § 3-2 vedtak om tvungen observasjon (§ 3-1). Når tvungent psykisk helsevern er etablert i henhold til § 3-3, kan pasienten undergis *tvangsbehandling* i samsvar med bestemmelsene i § 4-4. Tvungen behandling, det vil si behandling uten eget samtykke, kan bare brukes når den er i overensstemmelse med faglig anerkjent metoder innen psykisk helsevern og forsvarlig klinisk praksis (5). Tvangsmedisinering kan gis som behandling til pasienter under tvungent psykisk helsevern, heretter omtalt som lengre tids tvangsbehandling med legemidler.

Etter psykisk helsevernlov § 4-8 er det fire former for bruk av tvangsmidler i institusjon: *Mekaniske tvangsmidler* (som bruk av belter), *kortvarig fastholding*, *isolering* (låst inne i et eget rom i kortere periode), og enkeltstående bruk av *korttidsvirkende legemidler*; heretter omtalt som bruk av *korttidsvirkende legemidler* § 4-8-c

Skjerming kan iverksettes under frivillighet eller under tvang. Anvendelse av skjerming under tvang er regulert i psykisk helsevernloven § 4-3. Dette innebærer blant annet at skjermingstiltak utover 24 timer skal vedtaksfestes. I forskrift til psykisk helsevernloven er skjerming definert slik: «med skjerming menes tiltak som innebærer at en pasient holdes helt eller delvis adskilt fra medpasienter og fra personell som ikke deltar i undersøkelse eller behandling av og omsorg for pasienten» (7). Skjerming kan iverksettes ut fra behandlingmessige grunner eller av hensyn til andre pasienter (§ 4-3). Det er få studier som har undersøkt hvordan pasienter opplever skjerming (8).

Bruk av tvangsmidler

Bruk av tvang innen psykisk helsevern er et sammensatt begrep som kan deles i tre hovedgrupper:

1. Tvungent psykisk helsevern
2. Tvangsbehandling for eksempel tvangsmedisinering
3. Tvangsmidler, for eksempel korttidsvirkende legemidler.

Når det gjelder tvungent psykisk helsevern er det vanlig å skille mellom tvungent psykisk helsevern ved døgnopphold i godkjent institusjon (innleggelse) og tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold under ansvar av godkjent institusjon (TUD) (6).

Bruk av tvang er ment å forebygge skader og agitasjon i situasjoner hvor pasienter utsetter seg selv eller andre for fare. Omfanget av tvangsinnleggelse måles vanligvis ved å beregne hvor stor andel av befolkningen som tvangsinnlegges (raten) eller hvor stor andel av innleggelsene som skjer som tvangsinnleggelse (andel) (5).

Tvangsmedisinering som behandling

Tvangsmedisinering må være i tråd med gjeldende retningslinjer, og medisineringsen må forventes å ha effekt. I tillegg til spørsmål om effekt er det etiske spørsmål knyttet til tvangsmedisinering. Vi har i to tidligere rapporter vurdert etiske problemstillinger ved bruk av tvang overfor pasienter med rusavhengighet og psykiske helseproblemer (9;10).

Metode

Mål

Målet med denne systematiske kartleggingsoversikten var å identifisere forskningslitteratur om tvangsmedisinering i psykisk helsevern. Vi har gjort systematiske søk etter oversikter og enkeltstudier om tvangsmedisinering som:

- rapporterer kvantitative data om behandlingseffekt, prognoser og risikofaktorer
- rapporterer pasienters erfaringer med tvangsmedisinering
- rapporterer andre data med empirisk relevans for klinikere, pasienter, forskere og beslutningstakere

Gjennom den systematiske kartleggingsoversikt ønsket vi også å avdekke kunnskaps-hull og vise behov for videre forskning.

Inklusjonskriterier

Studiedesign:

1. Systematiske oversikter¹
2. Randomiserte, klynge-randomiserte og kvasi-randomiserte kontrollerte studier
3. Prospektive studier med kontrollgruppe, avbrutte tidsserier og før- og etterstudier
4. Observasjonsstudier, tverrsnittundersøkelser
5. Kvalitativ forskning

Populasjon: Voksne pasienter (>18 år) i psykisk helsevern med psykosetilstand eller annen psykisk lidelse.

Tiltak: Tvangsmedisinering med for eksempel antipsykotika (nevroleptika).

¹ Vi inkluderte oversikter som hadde gjennomført tilfredsstillende systematiske søk, benyttet eksplisitte inklusjons- og eksklusjonskriterier og som hadde kvalitetsvurdert de inkluderte enkeltstudiene.

Utfall: Angst, depresjon, psykosesymptomer, somatisk helse, suicidal atferd, «recovery», reinnleggelse, liggedøgn i sykehus/liggedøgn på tvang, tilbakefall og bruk av helsetjenester.

Sosial fungering, livskvalitet, pasienterfaringer, arbeid, brukertilfredshet og pasientens subjektive opplevelse av tvang. Bivirkninger spesielt av nevroleptika/skade.

Utfallene var ikke begrenset til nevnte utfallsmål.

Språk: Vurdering forutsatte et engelsk sammendrag. Av tidsmessige grunner ekskluderte vi spanske og tyske studier.

Litteratursøking

Søkestrategiene ble utformet av forskningsbibliotekar Hilde Strømme (HS) og fagfelle-vurdert av forskningsbibliotekar Elisabet Hafstad (EH). Søkene ble gjennomført i begynnelsen av februar 2017. Vi søkte på emne- og tekstord for psykiske lidelser, tvang og medisiner. Vi søkte i følgende databaser:

- Epistemonikos
- CDSR, DARE, CENTRAL (Cochrane Library)
- HTA Database (Centre for Reviews and Dissemination)
- MEDLINE (Ovid)
- Embase (Ovid)
- PsycINFO (Ovid)
- CINAHL
- ISI Web of Science
- SveMed+

Fullstendige søkestrategier er tilgjengelig i vedlegg 1.

Artikkelutvelging

To forskere (KD og AS) valgte ut oversikter og enkeltstudier på bakgrunn av en gjennomgang av alle titler og sammendrag for å vurdere relevans i henhold til inklusjonskriteriene. Antatt relevante oversikter ble innhentet i fulltekst, og oversikter som ikke tilfredstilte inklusjonskriteriene ble ekskludert. Vi diskuterte oss frem til enighet om inklusjon (11).

Enkeltstudier som ble fanget opp i søket, men som er inkludert i én eller flere av de inkluderte oversiktene, ble ikke inkludert i evidenstabellene over enkeltstudier. Vi har imidlertid laget en egen liste over disse studiene (Vedlegg 4).

Vurdering av kvalitet og risiko for systematiske feil

Vi inkluderte oversikter som hadde gjennomført tilfredsstillende systematiske søk, benyttet eksplisitte inklusjons- og eksklusjonskriterier og som hadde kvalitetsvurdert de inkluderte enkeltstudiene.

Vi gjennomførte ingen vurderinger av kvalitet eller risiko for systematiske feil i enkeltstudiene.

Dataekstraksjon

I datainnsamlingen har vi bygget på flere metodeartikler som beskriver systematiske kartleggingsoversikter (10-12), men den metodiske tilnærmingen er i hovedsak basert på de fem trinnene som ble beskrevet av Arksey & O'Malley (9):

- 1: identifisering av forskningsspørsmål
- 2: identifisering av relevante studier
- 3: utvalg av studier
- 4: framstilling av data
- 5: sammenstilling, oppsummering og rapportering av resultater (vår oversettelse).

For de systematiske oversiktene utarbeidet vi en tabell med informasjon om forfatter, tittel, årstall og målsetting, inklusjonskriterier, antall inkluderte studier, populasjon, resultater og konklusjoner (12-15). Vi registrerte også om resultatene var presentert narrativt eller inngikk i metaanalyser. Vi kategoriserte forskningsspørsmål etter tema og gir en nærmere beskrivelse av oversiktene, bredden av spørsmål og mulige kunnskapshull.

For enkeltstudiene utarbeidet vi en tabell for dataekstraksjon med forfatter, tittel, årstall, opphavland, design, antall deltakere, kjønn, alder, diagnose, beskrivelse av tiltak, utfall og tidspunktet for målinger av utfall. Vi har beskrevet om hvorvidt enkeltstudiene omhandlet 1) korttidsvirkende legemidler brukt som tvangsmiddel eller 2) lengre tids tvangsbehandling med legemidler og 3) tvang uten døgnopphold/tvangsmedisinering utenfor institusjon (16) eller 4) om det var mangelfullt rapportert.

Dataekstraksjonen ble gjennomført av én forsker (AS) og kvalitetssikret av en annen medarbeider (KD). Vi kategoriserte forskningsspørsmål etter fem tema som var relatert til våre problemstillinger og gir så en nærmere beskrivelse av volum, målet for forskningen, forfatterens resultater og mulige kunnskapshull.

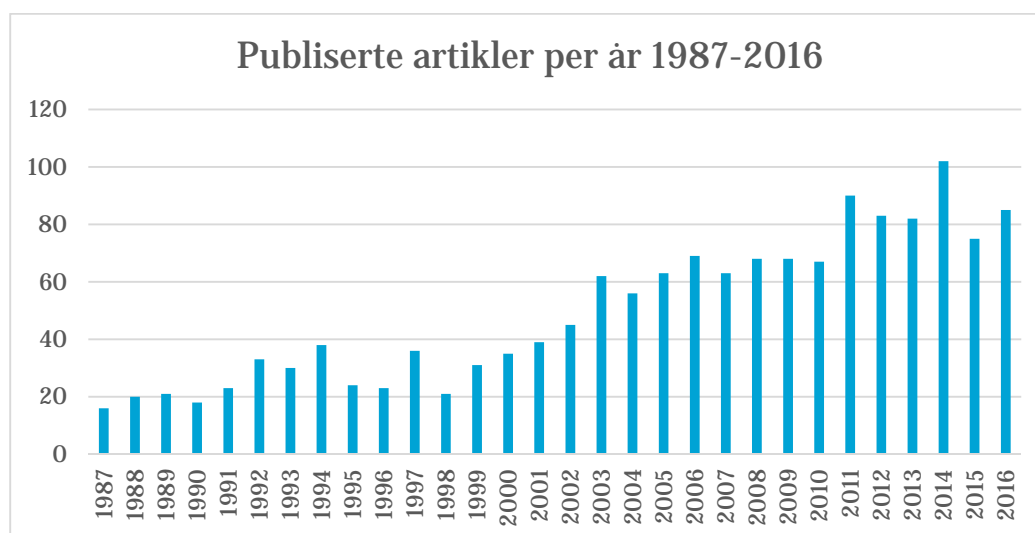
Etikk

Vi har ikke vurdert etiske spørsmål om tvangsmedisinering, men har vurdert det i to tidligere relaterte oversikter (9;10).

Resultater

1. Resultater av søk

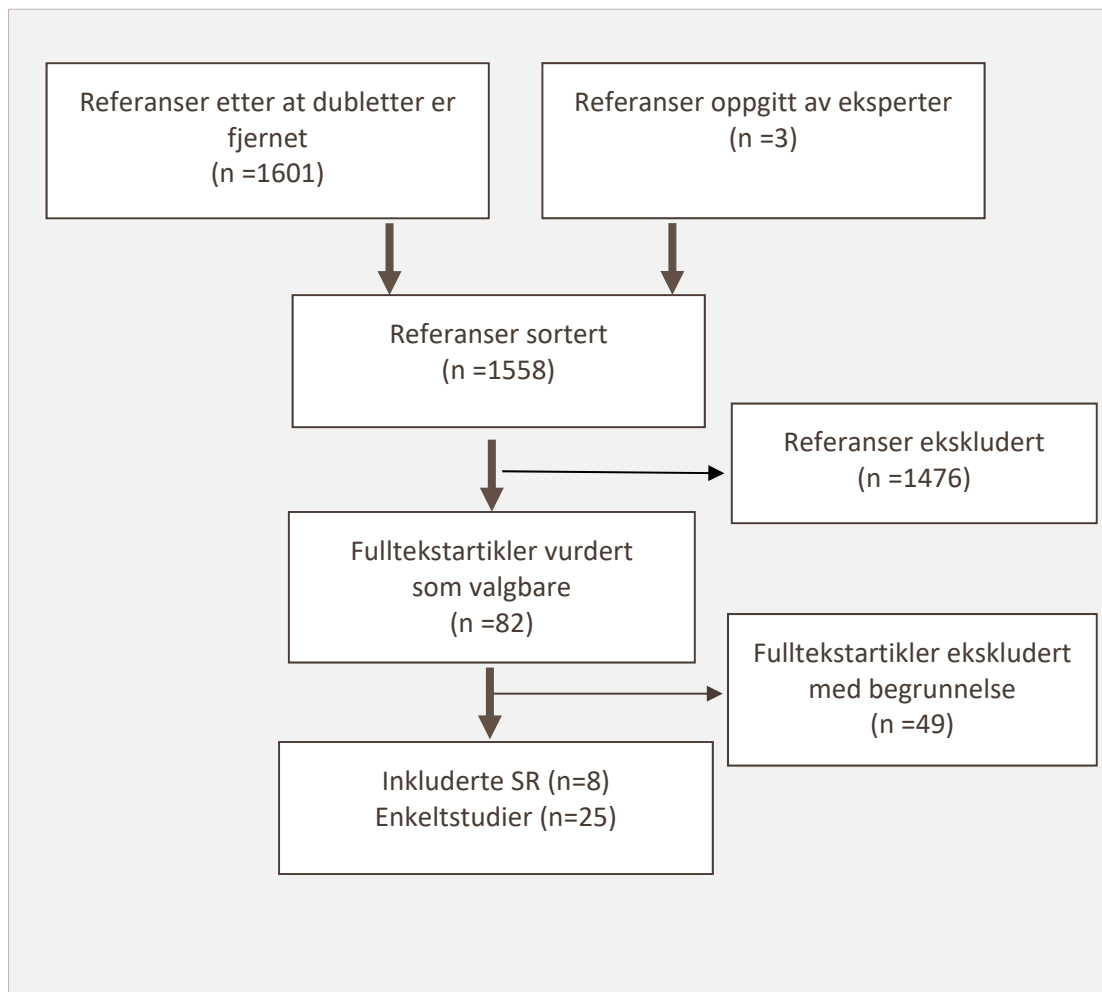
Søket resulterte i 1601 unike referanser. De fleste referansene viste til vitenskapelige artikler (1547), bokkapitler (28), bøker (21) og avhandlinger (4). Utgivelsene var spredt over en 30-årsperiode mellom 1987 og 2016. Litteratursøket antydte en jevn økning av publiserte studier fra 2003 og fram til i dag, med flest publiserte studier i 2014 (Figur 1).



Figur 1 Publiserte artikler per år 1987-2016

Etter gjennomgang av titler og sammendrag ekskluderte vi 1555 referanser fordi de var irrelevante for vår problemstilling (Figur 2). Vi innhentet 77 referanser i fulltekst, og vurderte at åtte oversikter og 25 enkeltstudier tilfredsstilte våre inklusjonskriteriene. De 25 enkeltstudier var utført i følgende land (antall per land); Nederland (6), Norge (7), Danmark (2), USA (2), Tyskland (2), Sveits (1), Finland (1), Storbritannia (2), Canada (1) og en komparativ studie av en rekke land.

Referanser til oversikter og enkeltstudier som vi ekskluderte etter fulltekstgjennomgang er beskrevet i vedlegg 2 og 3. Vi inkluderte ikke enkeltstudier som var omfattet av inkluderte oversikter. En liste over enkeltstudier som vi innhentet i fulltekst, men som allerede var inkluderte via systematiske oversikter er tilgjengelig i Vedlegg 4.



Figur 2. Flytskjema for systematiske oversikter og enkeltstudier

2. Beskrivelse av inkluderte systematiske oversikter

De inkluderte oversiktene omhandlet i hovedsak personer som har fått en schizofreni diagnose, psykotiske lidelser eller bipolare lidelser. I noen studier var tvangsmedisinering gitt sammen med andre tvangsmidler. I andre studier var tvang brukt som en del av et behandlingsforløp der bruken av medisiner, isolering og andre tiltak ble tilpasset pasientens behov. I akutt situasjoner ble ofte tvangsmedisinering og isolasjon benyttet i kombinasjon i en kortere periode for å kunne legge til rette for neste steg i behandlingen.

De åtte oversiktene som tilfredsstilte våre inklusjonskriterier omhandlet et vidt spekter av ulike spørsmål (Tabell 1). Hver av oversiktene inkluderte mellom 3 til 72 enkeltstudier. En utvidet tabell over inkluderte oversikter er tilgjengelig i Vedlegg 5. I vedlegget har vi også samlet informasjon om målsetting, populasjon, antall inkluderte studier, analysemetoder, samt forfatterens beskrivelser av egne resultater og konklusjoner.

Tabell 1 Forskningsspørsmål, forfatter, årstall og antall inkluderte studier i de fem systematiske oversiktene som ble vurdert å tilfredsstilte våre inklusjonskriterier

Forfatter, År	Problemstilling	Type § tvangsme- disinering	Antall studier
Hui 2013 (17)	Hva er omfanget av tvangsbruk i rettspsykiatrien, og hvilke faktorer er assosiert med bruk av tvang?	1	15
Jarret 2008 (18)	Hvilke demografiske variabler og kliniske profiler kjennetegner pasienter som blir behandlet med tvang, og hvordan ser pasienter og personalet på bruk av tvang?	1,2	14
Luciano 2014 (19)	Hvilke faktorer har størst verdi for å predikere bruk av tvang: egenskaper ved pasienten, klinisk tilstand, sosiodemografi, personal eller institusjonsspesifikke faktorer?	1,2	30
Owiti 2011 (20)	Hva er årsaken til at pasienter nektet å ta medisiner i akutt-psykiatrien.	2	22
Wade 2017 (21)	Selvrapporterte årsaker til behandlingsetterlevelse med antipsykotika.	2	21
Rugkåsa 2016 (22)	Effekten av tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD)	3	50
Kisley 2017 (23)	Om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD) var en effektiv behandling	3	3
Churchill 2007 (24)	Systematisk oversikt over forskningslitteratur om bruk av Community Treatment Order (CTO).	3	72

§ Type tvangsmedisinering: 1) Korttidsvirkende legemidler brukt som tvangsmiddel 2) Lengre tids tvangsbehandling med legemidler 3) Tvang uten døgnopphold/tvangsmedisinering utenfor institusjon (TUD)

2.1. Omfang av tvangsbruk

Hui og medarbeidere ønsket å undersøke omfanget av tvangsbruk og hvilke pasientrelaterte bakgrunnsfaktorer som var assosiert med bruk av tvangsmidler i rettspsykiatrien (17). Forfatterne undersøkte også ansatte og pasienters holdninger og erfaringer med tvangsbehandling.

Forfatterne oppsummerte at tvangsbehandlede pasienter ofte var unge som nylig hadde vært innlagt eller isolert. Den prediktive verdien av kjønn, etnisitet og diagnoser var mer uklar. Pasientene hadde i hovedsak negative assosiasjoner til bruken av tvangsmidler, mens personalets oppfatninger så ut til å være bestemt av deres rolle i bruk av tvangsmidler. Studiene som var inkludert i oversikten pekte på motsetningsfylte syn på tvang blant personalet som blant annet var styrt av personlig og profesjonell overbevisning, kjønn og utdanning. Oversiktsforfatterne konkluderte med at hovedvekten av de identifiserte studiene fokuserte på tvangsmidler som isolasjon og mekaniske tvangsmidler, mens det har vært mindre fokus på tvangsmedisinering.

2.2. Pasientpopulasjoner og kliniske kjennetegn

Målet med den narrative oversikten til Jarrett og medarbeidere var å identifisere demografiske og kliniske kjennetegn ved pasienter som hadde vært utsatt for tvangsmedisinering (18). Oversiktsforfatterne studerte også pasienters og ansattes syn på bruk av tvangsmedisinering. Noen av resultatene var sammenfallende med den systematiske oversikten til Hui og medarbeidere, men det var også noen forskjeller.

Jarrett og medarbeidere konkluderte med at pasienter som hadde erfart tvangsmedisinering ofte var i 30-årene og diagnostisert med schizofreni, bipolare lidelser eller psykotiske lidelser. Overfall eller trussel om vold mot omgivelsene var den vanligste årsaken til tvangsmedisinering.

Pasienter og ansattes syn på bruk av tvang var sammensatt, og oversiktsforfatterne var ikke i stand til å trekke entydige konklusjoner. Et gjennomgående tema i forskningslitteraturen var sammenhengen mellom diagnose, alvorlighetsgrad av tilstanden og hvem som i ettertid var enig i at tvangsmedisinering hadde vært et riktig tiltak.

2.3. Hva predikerer bruk av tvang?

Målet med oversikten til Luciano og medarbeidere var å utforske hvilke faktorer som predikerer bruk av tvangsmidler, samt å undersøke sammenhengen mellom tvangsmidler og pasientutfall (19). Oversiktsforfatterne oppsummerte at bruk av tvangsmidler var vanligere blant menn og pasienter med yngre alder, psykotisk lidelse, etnisk minoritet, hjemløshet, rusmisbruk, nedsatt kognitiv funksjonsevne og begrenset innsikt i egen sykdom. Pasienter som hadde opplevd traumatiske hendelser var minst tilfreds med tvangsbehandling. Det var mest vanlig å bruke tvangsmidler for behandling av aggressiv atferd og ved risiko for å skade seg selv og andre.

Oversiktsforfatternes konklusjon var at bruken av tvangsmidler kan predikeres ut fra kliniske og sosiodemografiske faktorer, personalets egenskaper og institusjonsrelaterte faktorer. Tvangsmidlene hadde imidlertid begrenset innvirkning på kliniske og sosiale utfallsmål. Forfatterne konkluderte også med at det har vært gjennomført få studier med en solid metodikk, og at det er behov for studier med et godt vitenskapelig design, gode målemetoder og lang oppfølgingstid.

2.4. Årsaker til å nekte medisiner

Owiti og medarbeideres narrative oversikt handler om årsaker til at pasienter motsetter seg medisiner (20). Å motsette seg medisiner ledet til lengre innleggelse og ytterligere økt medisiner. Tvangsmedisiner ledet til kortere perioder der en nektet å ta medisiner og innleggelse. Forfatterne fant ingen statistisk signifikante forskjeller mellom de som aksepterte og de som motsatte seg behandling med hensyn til kjønn, sivilstatus og boform før innleggelse i akuttpsykiatrien. Det var ikke mulig å trekke klare konklusjoner om betydningen av etnisitet, status ved innleggelse og diagnose, men de som motsatte seg behandling hadde ofte gjennomgått flere tidligere sykehusinnleggelser der de hadde nektet å ta medisiner.

Oversiktsforfatterne konkluderte med at hyppig bruk av midlertidige stillinger, manglende tillit til ansatte og ineffektiv organisasjonsstruktur var assosiert med større motstand mot medisiner blant pasientene. Forskningen på hvordan og hvorfor pasienter motsetter seg medisiner er, ifølge oversiktsforfatterne, fragmentert og har varierende metodisk kvalitet.

2.5. Årsaker til behandlingsetterlevelse

Målet med den systematiske oversikten til Wade og medarbeidere var å undersøke hvilke faktorer som var assosiert med god behandlingsetterlevelse blant pasienter som ble anbefalt å bruke nevroleptika (21). Oversiktsforfatterne oppsummerte hvilke grunner brukerne oppga for at de valgte å følge anbefalinger om bruk av nevroleptika. Oversiktsforfatterne oppsummerte også studier som undersøkte om det var overenstemmelse mellom det som var foreskrevet av medisiner og faktisk bruk (21).

Oversiktsforfatterne konkluderte med at pasientenes valg om å etterleve behandlingsanbefalingene handlet om opplevd effekt, bivirkninger, bruk av andre medisiner og pasienters tro og overbevisning relatert til behandlingen. Mangelfull etterlevelse av medikamentbruk var ofte relatert til at brukerne mente at medisiner kunne påvirke relasjoner til andre mennesker, opplevelser av stigmatisering og også økonomiske problemer. Frykt og tidligere erfaringer med bruk av tvang ble identifisert som årsaker til bedre behandlingsetterlevelse.

2.6. Bruk av tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD)

Kisely og medarbeidere undersøkte om tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD) var effektivt sammenlignet med standard behandling, frivillig behandling eller rådgiving (23). Oversiktsforfatterne konkluderte med at det foreligger begrenset kunnskap om hvorvidt tvunget psykisk helsevern resulterer i bedre bruk av tjenester, sosial funksjon, mental helse eller livskvalitet, og at det derfor er behov for mer forskning på denne behandlingsformen.

Churchill og medarbeidere oppsummerte forskningslitteratur om bruk av Community Treatment Order (CTO) (24). Forfatterne konkluderte med at det ikke var mulig å konkludere om CTO i tvangsbehandling utenfor døgnbehandling var til pasientenes fordel. Det var også ulike erfaringer og syn på denne behandlingen, og oversiktsforfatterne savnet resultater for viktige utfallsmål som reinnleggelse i sykehus, lengde på sykehusopphold, økt medikamentetterlevelse og livskvalitet hos pasientene.

Rugkåsa og medarbeidere oppdaterte to systematiske oversikter om tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD) med nye studier publisert mellom 2013 og 2015 (22). Oversiktene viste usikre resultater på re-innleggelse, tid i sykehus og bruk av andre tjenester. Resultatene fra effektstudier viste videre ingen effekt i favør av CTO på flere utfallsmål, bortsett fra at CTO-pasienter var mindre utsatt for kriminalitet. Pasientene fikk mer begrenset frihet og den var signifikant lengre over tid. Meta-analyser med sammenstilte pasientdata viste ingen fordel for behandlingen og systematiske oversikter kom også til samme konklusjoner.

3. Beskrivelse av inkluderte enkeltstudier

Med utgangspunkt i 25 inkluderte enkeltstudier utviklet vi fem kategorier relatert til vår problemstilling. Kategoriene dekker spørsmål om 1) variasjon i bruk av tvang på tvers av land, 2) effekten av tvangsmedisinering, 3) prognose, prevalens og risikofaktorer relatert til tvang, 4) pasienterfaringer og tilfredshet med behandlingen 5) helsepersonells holdninger til tvang. Dette danner et godt rammeverk for å formidle ulike forskningsområder på et overordnet nivå (Tabell 2). Vi har laget en egen liste over enkeltstudier som ble fanget opp i søket, men som var inkludert i de systematiske oversiktene (Vedlegg 4).

Mange av de inkluderte studiene var gjennomført i land som er sammenlignbare med Norge, men vi vurderte ikke enkeltstudienes overførbarhet. Populasjonen bestod i hovedsak av personer som har fått en schizofreni diagnose, psykotiske lidelser, maniske lidelser, bipolare lidelser eller sammensatte diagnoser. Basert på forfatterens egne opplysninger hentet vi ut mer detaljert informasjon om forskningsdesign, utfallsmål, resultater og konklusjoner på enkeltstudienivå (Vedlegg 6-10).

Tabell 2 Forskningsspørsmål kategorisert etter land, populasjon og design

Land (antall studier)	Populasjon	Design
Variasjon i bruk av tvang på tvers av land		
Bulgaria, Tsjekkia, Hellas, Tyskland, Italia, Litauen, Polen, Spania, Sverige, Storbritannia, Israel og Slovakia 1 studie	Pasienter med en ICD-10 diagnose på schizofreni, psykotisk eller bipolar lidelse. Alder, kjønn, symptomer og 24-item Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS).	Prospektiv kohortstudie
Effekten av tvangsmedisinering - antall alvorlige hendelser, lengde på innleggelse og sykdom		
Nederland (1), Tyskland (1) 2 studier	Pasienter, i alderen 18-65 år som har fått en schizofreni diagnose eller psykotisk lidelse, diagnostisert etter DSM-IV eller ICD-10	Randomisert kontrollert studie Tidsserie
Pasientgrupper, prevalens og risikofaktorer relatert til tvangsmedisinerte		
Danmark (2), Nederland (3), Norge (2), Sveits (1) og Finland (1) 9 studier	Alle pasienter med en primærdiagnose på schizofreni (ICD-10) eller manisk lidelse ble inkludert.	Randomisert kontrollert studie Registerdata Observasjonsstudier Tverrsnittstudier Retrospektiv kartlegging Prospektiv kohortstudie
Brukeropplevde erfaringer og tilfredshet med bruk av tvang		
Nederland (2), Norge (3), Storbritannia (2), USA (2), og Tyskland (1) 10 studier	Pasienter med ulike typer diagnoser innlagt i akutt-psykiatrisk avdeling	Kliniske studier Registerdata Observasjonsstudier Tverrsnittstudier Kvalitative studier
Helsepersonells erfaringer og holdninger til bruk av tvang		
Norge (2) og Canada (1) 3 studier	Leger, psykologer, psykiatriske sykepleiere og annet helsepersonell	Tverrsnittstudier Kvalitativ studie

3.1. Variasjon i bruk av tvang

EUNOMIA (European Evaluation of Coercion in Psychiatry and Harmonization of Best Clinical Practice) er en multisenter prospektiv kohortstudie basert på data fra 12 europeiske land: Bulgaria, Tsjekkia, Hellas, Tyskland, Italia, Litauen, Polen, Spania, Sverige, Storbritannia, Israel og Slovakia. Målet var å studere assosiasjoner mellom ulike typer tvangsmidler som for eksempel tvangsmedisinering, isolasjon og mekaniske tvangsmidler og utfall som aksept eller rettferdiggjøring av tvangsbehandlingen og lengden på denne behandlingen (25).

Vi inkluderte én studie (ni referanser) som hadde publisert data fra denne studien. Pasienter motsatte seg ofte medisinering, og tvangsmedisinerte pasienter hadde ofte lenger behandlingstid og rettferdiggjorde i mindre grad innleggelse på sykehus. Den

vanligste årsaken til at det ble fattet vedtak om bruk av tvang var aggresjon rettet mot andre. I åtte land var tvangsmedisinering mest brukt av alle tvangsmidler, og i to land var mekaniske tvangsmidler mest brukt. Schizofreni med alvorlige symptomer var assosiert med høyere sannsynlighet for bruk av tvang.

Forekomsten av bruk av tvang varierte betydelig mellom land og var høyere i Polen, Italia og Hellas (26). Det ble også registrert kjønns spesifikke forskjeller i tvangsbruk relatert til sosiodemografiske faktorer og klinisk kjennetegn (27). Tvangsbehandlede kvinner viste, i motsetning til menn, redusert sosial funksjon og alvorlige symptomer på anspenthet og fiendtlighet. Tvangsmedisinering var mer brukt overfor kvinner enn overfor menn, mens fysisk tvang og isolasjon var oftere brukt overfor menn.

3.2. Effekt av tvangsmedisinering

Vi fant to studier som på ulike måter hadde undersøkt effekt av tvangsmedisinering (Tabell 3). Pasientene som inngikk i studiene har fått en schizofreni diagnose, psykose eller bipolar lidelse.

Flammer og medarbeidere viste at redusert bruk av kortidsvirkende legemidler resulterte i flere voldelige hendelser per innleggelse og økt bruk av mekanisk tvangsmidler, men sykdommens alvorlighetsgrad og lengden på sykehusinnleggelsene endrer seg ikke (28). Georgieva og medarbeidere undersøkte om antall og lengden på isolering ble redusert hvis bruk av kortidsvirkende legemidler var førstevalg. Det kunne se ut til at tvangsmedisinering erstattet og reduserte bruk av isolasjon, men andre tiltak må tas i bruk dersom man ønsker å redusere tvangsbruken totalt sett (29).

Tabell 3 Enkeltstudier med antatt relevans for effektspørsmål

Forfatter	Design	Målsetting	Type tvangsmedisinering
Flammer 2016 Tyskland (28)	Tidsserie	Å undersøke antall, alvorlige voldelige hendelser, varighet, andel pasienter, lengde på innleggelser og alvorlighetsgrad av sykdom	1
Georgieva 2013 Nederland (29)	Randomisert kontrollert	Å undersøke om antall og lengden på isoleringen og tvangsmidler ble redusert hvis tvangsmedisinering var første valg for å behandle aggresjon ved en akutt-psykiatrisk avdeling.	1

Type tvangsmedisinering: 1) Korttidsvirkende legemidler brukt som tvangsmiddel 2) Lengre tids tvangsbehandling med legemidler 3) Tvang uten døgnopphold/tvangsmedisinering utenfor institusjon (TUD) 4) Ikke rapportert eller mangelfull rapportering.

3.3. Pasientpopulasjon, diagnose og risikofaktorer

Pasienter med schizofreni er utsatt for en lang rekke faktorer som er assosiert med økt risiko for bruk av tvang: uro, angst, depresjon, skyldfølelse, selvskading, selvmordsforsøk, opplevelse av avvising, relasjonsbrudd og tapsopplevelse. Andre faktorer er kjønn (menn), impulsive og aggressive handlinger, arbeidsledighet, bruk av illegale rusmidler, sosial isolasjon og lite sosial støtte, ustabile og stressende familieforhold, håpløshetsfølelse, lav selvtillit og affektiv lidelse (30). Vi inkluderte ni studier som hadde sett på omfanget av tvangsmedisinering og risikofaktorer (Tabell 4).

Andersen viste at antipsykotika var vanlig å bruke (99,5 %) ved lengre tids tvangsbehandling med legemidler, og olanzapine var det mest brukte medikamentet (33 %). Behandling med depotinjeksjon og clozapine var bare 13 % og 4,8 % av antipsykotika bruken (31). Hovens og medarbeidere viste at for pasienter som fikk kortidsvirkende legemidler så var det en reduksjon i fiendtlighet i den gruppen som fikk risperidone, men ikke i gruppen som fikk zuclopenthixol. Sosial dysfunksjon og aggresjon gikk derimot ned i begge gruppene (32).

Jungfer og medarbeidere viste at bruken av isolasjon og tvangsmedisinering gikk ned på nyåpnede avdelinger. Det var ingen forskjell i bruken av isolasjon på permanent lukket eller åpen avdelinger, mens tvangsmedisinering ble mer brukt på lukkede avdelinger (33). Kaltiala-Heino og medarbeidere viste at tvangsmedisinering ble benyttet i forbindelse med åtte prosent av innleggelsene. Bruken av tvangsmedisinering var størst blant pasienter med schizofreni, og for pasienter som tidligere var blitt tvangsmedisinerte (34).

Knutzen og medarbeidere undersøkte bruken av kortidsvirkende tvangsmidler på tre psykiatriske avdelinger. Blant pasienter var 47 % utsatt for mekaniske tvangsmidler, 35 % ble utsatt for en kombinasjon av mekaniske tvangsmidler og tvangsmedisinering, mens de resterende 18 % ble utsatt for kun tvangsmedisinering. Sannsynligheten for at det ble benyttet medikamentelle fremfor mekaniske tvangstiltak var størst blant kvinner over 49 år, men denne assosiasjonen ble svekket for kvinner som ble tvangsbehandlet på grunn av voldelig atferd (35). Miedema og medarbeidere viste at menn, enslige, barnløse, arbeidsledige og pasienter som mottok sosialytelser var overrepresentert blant pasientene som var innlagt på lukket avdeling. Pasientene som ble utsatt for tvangsmidler var yngre og hadde mer alvorlige psykiske lidelser (36).

Morken og medarbeidere viste at bruken av lengre tids tvangsbehandling med legemidler var lavere blant pasienter med god behandlingsetterlevelse enn blant pasienter med dårlig behandlingsetterlevelse. Menn hadde jevnt over dårligere etterlevelse enn kvinner (37). Ohlenschlager og medarbeidere viste at sykehusbasert rehabilitering og integrert behandling ga færre symptomer og bedre pasienttilfredshet enn standard behandling (38). Verlinde og medarbeidere viste at økt bruk av tvangsmedisinering førte til at pasienter med en alvorlig psykisk lidelse og som ble vurdert som farlige ble holdt isolert i en kortere periode (39).

Tabell 4 Enkeltstudier med antatt relevans for å vurdere prevalens og faktorer som er assosiert med økt risiko for bruk av tvangsmedisinering og tvangstiltak

Forfatter	Design	Målsetting	Type tvangsmedisinering
Andersen 2014 Danmark (31)	Register- data	Beskrive demografiske og behandlingshistoriske faktorer som kjennetegner pasienter med schizofreni som utsettes for tvangstiltak.	2
Hovens 2005 Nederland (32)	Kliniske studier	Målet var å se om voksne pasienter med akutt forverring av schizofreni eller psykotisk lidelse og om medisinering endret aggresjon, impuls kontroll, fiendtlig innstilling og symptomer.	2
Jungfer 2014 Sveits (33)	Longitudi- nell obser- vasjon	Undersøke om mer åpne psykiatriske institusjoner bidrar til mindre bruk av tvangsmidler?	4
Kaltiala- Heino 2003 Finland (34)	Retro- spektiv kartleg- ging	Beskrive hvor ofte tvangsmedisinering foregår i psykiatriske sykehus, og analysere sammenhengen mellom diagnoserelaterte-, sosiodemografiske- og behandlingsrelaterte faktorer.	1,2
Knutzen 2013 Norge (35)	Retro- spektiv undersø- kelse	Beskrive årsaker til bruk av tvang, hvordan tvangsmidler som ble brukt og egenskaper som kjenner tegner tvangsbehandlete pasienter.	1
Miedema 2016 Nederland (36)	Register- data	Undersøke sammenhengen mellom sosiodemografiske kjennetegn ved pasienter og tvangsmidler de var utsatt for.	4
Morken 2009 Norge (37)	Observa- sjonsstu- die	Beskrive sammenhenger mellom behandlingset- terlevelse, sykdomsutvikling og risiko for bruk av tvang blant pasienter med nylig utbrudd av schizofreni.	2
Ohlen- schlaeger 2007 Danmark (38)	Randomi- sert kon- trollert studie	I hvilken grad tre ulike behandlingsløp: a) sykehusbasert b) integrert behandling og c) standard behandling påvirket risiko for bruk av tvangsmidler blant pasienter som har fått en schizofreni diagnose.	4
Verlinde 2014 Nederland (39)	Longitudi- nell ko- hortstudie	Undersøke om redusert bruk av isolasjon fører til økt risiko for bruk av tvangsmedisinering.	4

Type tvangsmedisinering: 1) Korttidsvirkende legemidler brukt som tvangsmiddel 2) Lengre tids tvangsbehandling med legemidler 3) Tvang uten døgnopphold/tvangsmedisinering utenfor institusjon (TUD) 4) Ikke rapportert eller mangelfull rapportering.

3.4. Brukeres erfaringer med bruk av tvang

Vi fant ti enkeltstudier som undersøkte brukererfaringer og brukertilfredshet med tvangsbehandling ved hjelp av ulike forskningsdesign (Tabell 5). Disse ti studiene kommer i tillegg til de enkeltstudiene som er inkludert og beskrevet i den systematiske oversikten om brukererfaringer (21).

Bindman og medarbeidere undersøkte obligatorisk innleggelse og lengre tids tvangsbehandling med legemidler. Ofte ble det opplevd som tvang – én tredel av brukerne følte seg i stor grad utsatt for tvang og to tredeler var usikre på at de stod fritt til å forlate sykehuset. Høy alder, mindre innsikt og ikke-hvit etnisitet var assosiert med høyere grad av opplevd tvang (40). Georgieva viste at det var en sammenheng mellom brukers preferanser og deres tidligere erfaringer med korttidsvirkende legemidler brukt som tvangsmiddel. Både brukere som ikke hadde opplevd bruk av tvang og de som hadde blitt utsatt for tvang foretrakk tvangsmedisinering fremfor andre tvangsmidler i en krisesituasjon. Brukere som tidligere var blitt isolert foretrakk isolering ved fremtidige kriser, men bare hvis de selv fikk godkjenne varigheten av isoleringen. Flertallet av pasientene så ut til å foretrekke tvangsmedisinering fremfor isolasjon i en krisesituasjon, men studien viste også at det var behov for individuell tilpasning av bruk av tvangsmidler (41).

Haw og medarbeidere viste at mange brukere hadde negative erfaringer med bruk av korttidsvirkende legemidler brukt som tvangsmiddel, men samtidig rapporterte 16 prosent av deltakerne at den siste episoden med isolasjon hadde vært en positiv opplevelse. Flere foretrakk intramuskulær medisinering framfor isolasjon (42).

Lacasse og medarbeidere benyttet dybdeintervjuer til å utforske brukere, som var blitt friske, sine erfaringer med lengre tids tvangsbehandling med legemidler (43). Deltakerne rapporterte at medisinering noen ganger var den eneste behandlingen de fikk tilbud om. Følelsen av å bli lyttet til og behandlet med respekt ble løftet frem som viktig for rehabiliteringsprosessen etter en tvangsmedisinering. Noen beskrev manglende eller forsinket tilbud om psykososiale tjenester og manglende eller forsinket informasjon om medisiners bivirkninger (43).

Mielau og medarbeidere viste at mange brukere ønsket større tilgjengelighet av individuelt tilpassede ikke-farmakologisk tiltak. God faglig kompetanse og gode kommunikasjonsevner ble trukket frem som viktig. Brukere foretrakk bruk av korttidsvirkende legemidler og manuell fastholding ved høy risiko for å skade seg selv, men aksepten for bruk av mekaniske tvangsmidler økte dersom det var høy risiko for å sette andre i fare (44). Nytingnes og medarbeidere konkluderte med at kombinasjonen av «tvangsmedisinering», manglende forståelse av pasientperspektivet og at summen av mange små negative hendelser og opplevelser bidrar til at brukere opplever tvang som ydmykende og undertrykkende (45). Rain og medarbeidere presenterte data som kunne tyde på en positiv korrelasjon mellom oppfattet bruk av tvang uten døgnopphold eller tvang uten-

for institusjon og selvrapportert behandlingsetterlevelse, men de observerte også resultater som pekte i andre retninger. Det kan tyde på at sammenhengen mellom opplevd tvang og behandlingsetterlevelse var tilfeldig (46).

Tabell 5 Enkelstudier med antatt relevans for å vurdere brukererfaringer

Forfatter	Design	Målsetting	Type tvangsmedisinering
Bindman 2005 Storbri- tannia (40)	Prospek- tiv ko- hortstu- die	Å undersøke hva som predikerer opplevd tvang i blant personer på et psykiatrisk sykehus.	2
Georgieva 2012 Neder- land (41)	Survey	Å undersøke brukeres preferanser for bruk av tvangsmedisinering og isolasjon og om det er en assosiasjon mellom preferanser og valg.	1
Haw 2011 Storbri- tannia (42)	Semi- struktu- rert in- tervju	Å rapportere pasienters erfaringer og preferanser for bruk av tvangsmidler i rettspsykiatrien.	1
Lacasse 2016 USA (43)	Kvalitativ studie	Å undersøke pasienters erfaringer med medisinering av personer med en alvorlig psykisk lidelse som er blitt friske og se på graden av opplevd forbedring.	2
Mielau 2016 Tyskland (44)	Struktu- rert in- tervju	Å utforske brukeres preferanser og tiltak for forebygging av tvang i psykiatrisk behandling.	1
Nytting- nes 2016 Norge (45)	Kvalitativ studie	Undersøke brukeres erfaring og holdning til tvangsmedisinering. Beskrive alternativ til bruk av tvang.	4
Rain 2003 USA (46)	Struktu- rert in- tervju	Å undersøke om brukeres oppfatninger av tvang var assosiert med etterlevelse av medisinbruk etter endt behandling.	3
Sørgård 2007 Norge (47)	Survey	Å sammenligne pasienttilfredshet og erfaringer hos brukere innlagt med tvang, frivillig og overtalte til en akutt-psykiatriske institusjon.	1
Veltkamp 2008 Neder- land (48)	Survey	Å undersøke brukeres preferanser for tvangsmidler ved akutte krisesituasjoner.	1
Wynn 2006 Norge (49)	Survey	Å undersøke brukeres tilfredshet med tvangsmedisinering og bruk av fysiske tvang.	4

Type tvangsmedisinering: 1) Korttidsvirkende legemidler brukt som tvangsmiddel 2) Lengre tids tvangsbehandling med legemidler 3) Tvang uten døgnopphold/tvangsmedisinering utenfor institusjon (TUD) 4) Ikke rapportert eller mangelfull rapportering.

Sørgaard viste at tilfredshet med behandlingen generelt var høy, også blant dem som hadde blitt utsatt for kortidsvirkende legemidler brukt som tvangsmiddel. Brukere som hadde vært utsatt for tvang oppga oftere at de hadde mindre påvirkning på behandlingsplanen (47). Veltkamp og medarbeidere viste at mange brukere hadde klare preferanser i valget mellom isolasjon og tvangsmedisinering, og gruppen som foretrakk isolasjon var omtrent like stor som gruppen som foretrakk bruk av kortidsvirkende legemidler. Brukere som forstod hvorfor tiltaket var nødvendig, hadde mer positive oppfatninger om effekten av tiltaket (48). Wynn og medarbeidere viste at 26,8 prosent av pasientene hadde vært utsatt for tvang. Tilfredshet med behandlingen var like dårlig for pasientene som hadde fått tvangsmidler som kontrollgruppen. Tilfredsheten med informasjon var god blant de som hadde fått tvangsmidler (49).

3.5. Helsepersonells erfaringer og holdninger til bruk av tvang

Vi inkluderte tre enkeltstudier som undersøkte helsepersonells erfaringer med bruk av tvang og deres holdninger til slik behandling (Tabell 6). Deltakerne omfattet leger, psykologer, psykiatriske sykepleiere, helsepersonell og andre ansatte.

Iyer fant at psykiatere vanligvis foreskrev oral antipsykotika. Som årsaker til at de ikke oftere benyttet langtidsvirkende injeksjoner oppga de i hovedsak at de hadde begrenset kunnskap og erfaring med bruk av langtidsvirkende injeksjoner; at de antok at pasienter er negative til bruk av langtidsvirkende injeksjoner; at det var i konflikt med gjeldende praksis og at det var praktiske barrierer knyttet til pris, lagring, bemanning osv. (50).

Wynn viste at flertallet av psykologer ville bruke tvang når pasienten var voldelig, og mer enn én tredjedel oppga at de var villig til å bruke tvang når pasienten hadde problemer med å fungere i dagliglivet. I saker som involverte ikke-voldelige pasienter oppga flere at de var mer positiv til tvangsinnleggelse enn tvangsmedisinering. Høyere alder, kvinnelig kjønn og tidligere erfaringer med bruk av tvang var assosiert med mer positive holdninger til bruk av tvang (51). En annen studie av Wynn og medarbeidere viste lite variasjon blant helsepersonell i deres holdninger til bruk av tvang i to psykiatriske enheter (52). Personalet var positiv til å benytte svært restriktive tiltak når pasientene var voldelige, og mannlige ansatte og ufaglærte var mer tilbøyelige til å velge restriktive tiltak (52).

Tabell 6 Enkeltstudier med antatt relevans for å vurdere helsepersonells erfaringer og holdninger

Forfatter	Design	Målsetting	Type tvangsmedisinering
Iyer 2013 Canada (50)	Kvalitativ studie	Undersøke legers holdninger til langtidsvirkende injeksjoner, dvs. deres subjektive oppfatninger av fordeler, ulemper og barrierer.	2
Wynn 2007 Norge (51)	Survey	Undersøke i hvilken grad norske psykologer støttet bruk av tvang i tre saker med pasienter som lider av schizofreni.	2
Wynn 2011 Norge (52)	Survey	Undersøke variasjon i holdninger til bruk av tvangsmidler i to psykiatriske enheter	1

Type tvangsmedisinering: 1) Korttidsvirkende legemidler brukt som tvangsmiddel 2) Lengre tids tvangsbehandling med legemidler 3) Tvang uten døgnopphold/tvangsmedisinering utenfor institusjon (TUD) 4) Ikke rapportert eller mangelfull rapportering.

Diskusjon

Hovedfunn

Målet med vår systematiske kartleggingsoversikt var å identifisere forskningslitteratur om tvangsmedisinering som en behandling i psykisk helsevern. Gjennom åtte inkluderte systematiske oversikter og 25 enkeltstudier dekker vi et vidt spekter av ulike forskningsspørsmål om tvangsmedisinering. Forskningsgrunnlaget består av flere norske og nordiske studier med antatt relevans for norsk praksis.

Styrker og svakheter

I denne systematiske kartleggingsoversikten har vi benyttet en systematisk metode for å søke, sortere og beskrive relevant litteratur om tvangsmedisinering i psykisk helsevern. Oversikten viser noe av mangfold, volum og egenskaper ved den forskningen som foreligger per i dag (12). Kartleggingsoversikten gir ingen sikre svar, men må sees som grunnlag for et videre arbeid. Dels kan systematiske kartlegginger brukes til å identifisere kunnskapshull og definere behov for finansiering og igangsetting av nye primærstudier. Kartleggingen kan også brukes som et grunnlag for å planlegge og utarbeide systematiske oversikter av mer avgrensede problemstillinger.

Det er en begrensning at vi ikke har vurdert kvalitet og risiko for skjevheter til inkluderte enkeltstudier. Kartleggingen gir således ikke svar på om og i hvilken grad vi kan ha tillit til resultatene som fremkommer i de inkluderte studiene. Det er imidlertid viktig å skille mellom oversikter og enkeltstudier i den forstand resultater og konklusjoner som fremkommer i inkluderte oversikter ofte vil kunne tillegges større vekt enn resultater som fremkommer i enkeltstudier. En utfordring ved de inkluderte oversiktene er at mange opererer med bredt definerte spørsmål, og at resultatene fra enkeltstudier dermed ikke alltid kommer klart fram.

Til tross for omfattende søk i flere databaser er det også en risiko for at vi ikke har fanget opp alle relevante artikler. Vi søkte etter artikler som omhandlet *både* tvang og medisinering. I praksis vil det si at emneord og tekstord for tvang ble kombinert med emneord og tekstord for medisinering. Det er en risiko for at vi kan ha gått glipp av relevante studier fordi dette med medisinering ikke er indeksert med emneord *eller* at det ikke kommer klart nok frem i titler og sammendrag at artiklene (også) handler om *tvangsmedisinering*.

Vi ser at tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold var delvis fanget opp av søket vårt. Det kan være et resultat av brede og åpne søketermer. Vi ser at med mer spesifikke søketermer på metoder for å følge opp pasienter kunne gitt flere treff, men da beveger vi oss mot en systematiske oversikt enn hva som er intensjon med en systematiske kartleggingsoversikt. Vi har for eksempel ikke søkt etter pågående eller upubliserte studier. Når seleksjonskriteriene favner bredt kan det også være utfordrende å vurdere hvilke studier som er relevante for inklusjon. Vi mener likevel at det er sannsynlig at vi har fanget opp en stor andel av de relevante artiklene.

Vi identifiserte noe overlapp mellom enkeltstudier som var inkludert i systematiske oversiktene og enkeltstudier som ble identifisert gjennom våre søk (Vedlegg 4). I vår gjennomgang av enkeltstudier har vi ikke omtalt enkeltstudier som var inkluderte i oversiktene, noe som betyr at gjennomgangen av enkeltstudier ikke må leses som en fullstendig oversikt over enkeltstudier.

I noen tilfeller har tvangsmedisinering vært gitt i en kritisk urolig fase ved innleggelse og noen ganger som vedvarende medisinering under tvang. Førstnevnte har noen ganger vært klassifisert som tvangsmidler og andre ganger som tvangsmedisinering. I noen av artiklene har både tvangsmedisinering og andre tvangsmidler vært undersøkt. I de tilfellene var det vanskelig å skille ut om resultatene omhandlet bare medisinering eller andre former for tvangsmidler som for eksempel isolasjon. Vi har i enkeltstudiene prøvd å presisere nærmere hvilken form for tvangsmedisinering som er gitt korttidsvirkende legemidler eller lengre tids tvangsbehandling med legemidler (se vedlegg 6-10). Det har vært vanskelig å kategorisere på grunn av mangelfull rapportering i studiene.

Vi har i arbeidet med denne systematiske kartleggingsoversikten identifisert en sammensatt begrepsbruk der mange begreper var brukt i forbindelse med tvangsmedisinering, for eksempel: "coercion", "involuntary treatment", "involuntary admission", "forced medication", "involuntary psychiatric care", "compulsory medication", "compulsory admission", "pharmacological restraint", "mechanical restraint with concomitant pharmacological restraint", "coercive measures", "involuntary commitment", "medication without client consent", "coercive methods in psychiatric treatment", "coercive mental health treatment", "coercive care".

Hvor generaliserbare er resultatene?

Vi har ikke oppsummert resultater på tvers av inkluderte oversikter og enkeltstudier, og vi har følgelig heller ikke grunnlag for å vurdere generaliserbarheten på detaljnivå. Mange av de identifiserte studiene var imidlertid gjennomført i Norge, Norden og land det er naturlig å sammenligne oss med, og at mange av resultatene bør ha relevans for norske forhold.

Brun og medarbeideres sin systematisk gjennomgang av tvangsmedisinering(16) konkluderer med at: «at det finnes forholdsvis lite forskning på medisinering under ram-

men av tvang. Vi fant ingen norske studier i vårt søk. Ut fra resultatene i denne litteraturgjennomgangen ser det ut til å foreligge stor variasjon i hvordan pasientene og behandlere vurderer effekten av tvangsmedisinering. Dagens tvangsmedisineringspraksis ser ut til å være basert på studier der pasienten bruker medisin innenfor en ramme av frivillighet. Det er imidlertid ikke sikkert at kunnskapen fra studier under ramme av frivillighet har overføringsverdi til medisinering under tvang».

Definisjon av tvangsmedisinering

Når det gjelder tvangsmedisinering trekkes det ofte et skille mellom lengre tids tvangsbehandling med legemidler og korttidsvirkende legemidler. I vedleggene har vi forsøkt å beskrive tvangsmedisinering etter dette skillet, men hvilken form for tvangsmedisinering som var benyttet var ofte dårlig beskrevet i de inkluderte studiene. Det var også store utfordringer knyttet til rapporteringen av hva pasientene hadde fått av tvangsmedisinering i de enkeltstudiene som vi har omtalt.

Vi fant både oversikter og nyere enkeltstudier som undersøkte brukeres erfaringer med tvangsmedisinering. Oversiktsforfatterne konkluderte med at det var få studier med et godt metodisk design. Det kan derfor være behov for å gjennomføre enkeltstudier og systematiske oversikter for videre å utforske brukererfaringer knyttet til tvangsmedisinering. En nylig publisert systematisk oversikt har lagt vekt på brukeres perspektiver på situasjoner som var assosiert med prosessen ved bruk av tvang (53), og oversikten indikerer et økt fokus på hvordan brukere oppfatter bruk av tvang før, i løpet av og etter hendelser, for å kunne forbedre klinisk praksis.

Vi identifiserte bare én studie som undersøkte effekten av tvangsmedisinering direkte. Studien sammenlignet tvangsmedisinering (korttidsvirkende legemidler) versus isolasjon som førstevalg ved bruk av tvang overfor pasienter med voldelig atferd. En annen randomisert studie undersøkte om rehabilitering på sykehus sammenlignet med bruk av ACT-team eller standardbehandling vil redusere bruk av tvangsmedisinering for pasienter med førsteepisode av schizofreni.

Konklusjon

Vi ser konturene av et forskningsfelt med økende aktivitet. Vi inkluderte åtte systematiske oversikter og 25 enkeltstudier om tvangsmedisinering. Mange av de identifiserte studiene er gjennomført i Norge eller andre nordiske land, og de dekker et vidt spekter av ulike forskningsspørsmål – fra effektspørsmål til brukernes erfaringer med tvangsmedisinering. For noen problemstillinger er det behov for nye og gode primærstudier, mens det på andre områder kan være nyttig med en kvalitetsvurdering og oppsummering av allerede eksisterende forskning i systematiske oversikter.

Referanser

1. Psykisk lidelser i Norge i et folkehelseperspektiv. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2009. Rapport 2009-8.
2. Pedersen PB, Hellevik V, Skui H. Kontroll av tvangsbruk i psykisk helsevern i 2015. Oslo: Helsedirektoratet; 11/2016.
3. Lovdata. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven). Oslo: Helse og – omsorgsdepartementet; LOV-1999-07-02-62.
4. Spesialisthelsetjeneste (psykisk helsevern). Oslo: Helse og – omsorgsdepartementet; 2009.
5. Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang. Oslo: Helsedirektoratet; 2006.
6. Bruk av tvang i psykisk helsevern. Oslo: Helsetilsynet; 2006.
7. Forskrift om bruk av skjerming i institusjoner i det psykiske helsevern. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.; 2006.
8. Norvoll R, Ruud T, T H. Skjerming i akuttpsykiatrien. Tidsskrift for Den norske legeforening 2015;135(1):35-9.
9. Steiro A, Dalsbø TK, Ringerike T, Hammerstrøm KT, Hofman B. Tvangsbehandling av opioidavhengige. . Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2009. Rapport nr 16–2009.
10. Dahm KT LK, Husum TL, Kirkehei I, Hofmann B, Myrhaug HT, Brurberg KG, Dalsbø, TK, Reinart LM. . Tiltak for å redusere tvangsbruk i psykisk helsevern hos voksne. . Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2012.; 2012. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 09–2012
11. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Slik oppsummerer vi forskning. Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. 4. reviderte utg. . Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2015.; 2015.
12. Arksey H, O'Malley, L. Scoping studies: Towards a Methodological Framework. Int J Social Research Methodology 2005;8(1):19-32.
13. Levac D, Colquhoun H, O'Brien KK. Scoping studies: advancing the methodology. Implement Sci 2010;5:69.
14. Pham MT, Rajic A, Greig JD, Sargeant JM, Papadopoulos A, McEwen SA. A scoping review of scoping reviews: advancing the approach and enhancing the consistency. Res Synth Methods 2014;5(4):371-85.
15. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien K, Colquhoun H, Kastner M, et al. A scoping review on the conduct and reporting of scoping reviews. BMC Med Res Methodol 2016;16:15.
16. Brun MK, Husum TL, Pedersen R. Tvangsmedisinering i psykisk helsevern – en systematisk litteraturgjennomgang. Tidsskrift for Norsk psykologforening 2017;54(2):186-95.
17. Hui A, Middleton H, Vollm B. Coercive measures in forensic settings: Findings from the literature. The International Journal of Forensic Mental Health 2013;12(1):53-67.
18. Jarrett M, Bowers L, Simpson A. Coerced medication in psychiatric inpatient care: literature review. Journal of Advanced Nursing 2008;64(6):538-48.

19. Luciano M, Sampogna G, Del Vecchio V, Pingani L, Palumbo C, De Rosa C, et al. Use of coercive measures in mental health practice and its impact on outcome: a critical review. *Expert Review of Neurotherapeutics* 2014;14(2):131-41.
20. Owiti JA, Bowers L. A narrative review of studies of refusal of psychotropic medication in acute inpatient psychiatric care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2011;18(7):637-47.
21. Wade M, Tai S, Awenat Y, Haddock G. A systematic review of service-user reasons for adherence and nonadherence to neuroleptic medication in psychosis. *Clinical Psychology Review* 2017;51:75-95.
22. Rugkasa J. Effectiveness of Community Treatment Orders: The International Evidence. *Can J Psychiatry* 2016;61(1):15-24.
23. Kisely SR, Campbell LA, O'Reilly R. Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *The Cochrane database of systematic reviews* 2017;3:Cd004408.
24. Churchill R, Owen G, Singh S, Hotopf M. International experiences of using community treatment orders. London Institute of Psychiatry, Kings College; 2007.
25. Mc Laughlin P, Giacco D, S P. Use of Coercive Measures during Involuntary Psychiatric Admission and Treatment Outcomes: Data from a Prospective Study across 10 European Countries. *PLOS ONE* 2016;11(12).
26. Kalisova L, Raboch J, Nawka A, Sampogna G, Cihal L, Kallert TW, et al. Do patient and ward-related characteristics influence the use of coercive measures? Results from the EUNOMIA international study. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 2014;49(10):1619-29.
27. Nawka A, Kalisova L, Raboch J, Giacco D, Cihal L, Onchev G, et al. Gender differences in coerced patients with schizophrenia. *BMC Psychiatry* 2013;13:257.
28. Flammer E, Steinert T. Association Between Restriction of Involuntary Medication and Frequency of Coercive Measures and Violent Incidents. *Psychiatric Services* 2016;67(12):1315-20.
29. Georgieva I, Mulder C, Noorthoorn E. Reducing seclusion through involuntary medication: a randomized clinical trial. *Psychiatry Res [Internet]*. 2013; 205(1-2):[48-53 s.].
30. Sortland W, Egeland J. Selvmord ved schizofreni: risikofaktorer og tiltak. *Tidsskrift for Norsk psykologforening* 2008;45(1-2008):4-13.
31. Andersen TH, Kappers D, Sneider B, Uggerby P, Nielsen J. Involuntary treatment of schizophrenia patients 2004-2010 in Denmark. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2014;129(4):312-9.
32. Hovens J, Dries P, Melman C, Wapenaar R, Loonen A. Oral risperidone with lorazepam versus oral zuclopenthixol with lorazepam in the treatment of acute psychosis in emergency psychiatry: A prospective, comparative, open-label study. *Journal of psychopharmacology (Oxford, England)* 2005;19(1):51-7.
33. Jungfer HA, Schneeberger AR, Borgwardt S, Walter M, Vogel M, Gairing SK, et al. Reduction of seclusion on a hospital-wide level: successful implementation of a less restrictive policy. *Journal of Psychiatric Research* 2014;54:94-9.
34. Kaltiala-Heino R, Valimaki M, Korkeila J, Tuohimaki C, Lehtinen V. Involuntary medication in psychiatric inpatient treatment. *European Psychiatry* 2003;18(6):290-5.
35. Knutzen M, Bjorkly S, Eidhammer G, Lorentzen S, Helen Mjosund N, Opjordsmoen S, et al. Mechanical and pharmacological restraints in acute psychiatric wards- Why and how are they used? *Psychiatry Research* 2013;209(1):91-7.
36. Miedema N, Hazewinkel MC, Van Hoeken D, Van Amerongen AS, De Winter RFP. A study of the connection between coercive measures used in a closed acute psychiatric ward and the socio-demographic and clinical characteristics of the patients involved. [German]. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2016;58(6):434-45.

37. Morken G. Non-adherence to antipsychotic medication: Effects of integrated treatment on relapse and rehospitalisation in recent onset schizophrenia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 2009;259:S33.
38. Ohlenschlaeger J, Thorup A, Petersen L, Jeppesen P, Køster A, Munkner R, et al. Intensive treatment models and coercion. *Nordic journal of psychiatry* 2007;61(5):369-78.
39. Verlinde AA, Snelleman W, Van Den Berg H, Noorthoorn EO. Involuntary medication as the intervention of choice: Can this be regarded as 'substitution' or as a preventive measure? A prospective cohort study. [Dutch]. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2014;56(10):640-8.
40. Bindman J, Reid Y, Szmukler G, Tiller J, Thornicroft G, Leese M. Perceived coercion at admission to psychiatric hospital and engagement with follow-up. A cohort study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2005;40(2):160-6.
41. Georgieva I, Mulder CL, Wierdsma A. Patients' preference and experiences of forced medication and seclusion. *Psychiatric Quarterly* 2012;83(1):1-13.
42. Haw C, Stubbs J, Bickle A, Stewart I. Coercive treatments in forensic psychiatry: A study of patients' experiences and preferences. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology* 2011;22(4):564-85.
43. Lacasse JR, Hayes Piel M, Lietz CA, Rider A, Hess JZ. The client experience of psychiatric medication: A qualitative study. *Social Work in Mental Health* 2016;14(1):61-81.
44. Mielau J, Altunbay J, Heinz A, Reuter B, Bermpohl F, Rentzsch J, et al. [Coercive Interventions in Psychiatry: Prevention and Patients' Preferences]. *Psychiatrische Praxis* 2016;11:11.
45. Nytingnes O, Ruud T, Rugkasa J. 'It's unbelievably humiliating'-Patients' expressions of negative effects of coercion in mental health care. *International Journal of Law and Psychiatry* 2016;49:147-53.
46. Rain SD, Steadman HJ, Robbins PC. Perceived coercion and treatment adherence in an outpatient commitment program. *Psychiatric Services* 2003;54(3):399-401.
47. Sorgaard KW. Satisfaction and coercion among voluntary, persuaded/pressured and committed patients in acute psychiatric treatment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2007;21(2):214-9.
48. Veltkamp E, Nijman H, Stolker JJ, Frigge K, Dries P, Bowers L. Patients' preferences for seclusion or forced medication in acute psychiatric emergency in the Netherlands. *Psychiatric Services* 2008;59(2):209-11.
49. Wynn R, Myklebust L-H. Patients' Satisfaction and Self-Rated Improvement Following Coercive Interventions. *Psychiatry, Psychology and Law* 2006;13(2):199-202.
50. Iyer S, Banks N, Roy MA, Tibbo P, Williams R, Manchanda R, et al. A Qualitative Study of Experiences With and Perceptions Regarding Long-Acting Injectable Antipsychotics: Part I-Patient Perspectives. *Canadian Journal of Psychiatry- Revue Canadienne De Psychiatrie* 2013;58(5):14S-22S.
51. Wynn R, Myklebust LH, Bratlid T. Psychologists and coercion: Decisions regarding involuntary psychiatric admission and treatment in a group of Norwegian psychologists. *Nordic Journal of Psychiatry* 2007;61(6):433-7.
52. Wynn R, Kvalvik AM, Hynnekleiv T. Attitudes to coercion at two Norwegian psychiatric units. *Nordic Journal of Psychiatry* 2011;65(2):133-7.
53. Tingleff EB, Bradley SK, Gildberg FA, Munksgaard G, Hounsgaard L. "Treat me with respect". A systematic review and thematic analysis of psychiatric patients' reported perceptions of the situations associated with the process of coercion. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2017;24(9-10):681-98.

Vedlegg

Vedlegg 1. Søkestrategi

Epistemonikos (uten primærstudier)

Dato for søk: 03.02.2017

Antall treff: Broad Synthesis: 2, Systematic Review: 54

Søk i title/abstract:

((mental* OR psyc* OR schizophren*) AND (coerc* OR force OR forced* OR forcing OR forcibl* OR persua* OR involuntary) AND (medicat* OR drug* OR medicine* OR pharmacotherap* OR psychotropic* OR psychopharmac* OR psychoactive? OR tranquiliz* OR tranquilliz* OR antipsychotic* OR sedative* OR hypnotic*))

The Cochrane Library (Wiley)

Dato for søk: 03.02.2017 (CDSR og CENTRAL), 05.02.2017 (DARE)

CDSR (Cochrane Reviews) 1 treff

CENTRAL (Trials) 32 treff

DARE (Other Reviews) treff

#1	((([mh "Mental Disorders"] or [mh "Mentally Ill Persons"]) or (((mental* or psyc*) near/3 (disease* or disorder* or disturb* or ill* or *patient*)) or (schizophren* or psychos* or psychotic*)):ti,ab,kw) and ((([mh ^"persuasive communication"] or [mh ^Coercion]) and ([mh "drug therapy"] or [mh "Pharmaceutical Preparations"] or [mh "Psychotropic Drugs"] or [mh "Hypnotics and Sedatives"] or [mh /DT])) or (((coerc* or force or forced* or forcing or forcibl* or persua* or involuntary) near/3 (medicat* or drug* or medicine* or pharmacotherap* or psychotropic* or psychopharmac* or psychoactive* or tranquiliz* or tranquilliz* or antipsychotic* or sedative* or hypnotic*)) or (chemical* near/3 restrain*) or (emergency next medicat*)):ti,ab,kw))	33
#2	#1 in Cochrane Reviews (Reviews and Protocols)	1
#3	#1 in Trials	32

#1	((([mh "Mental Disorders"] or [mh "Mentally Ill Persons"]) or (((mental* or psyc*) near/3 (disease* or disorder* or disturb* or ill* or *patient*)) or (schizophren* or psychos* or psychotic*))) and ((([mh ^"persuasive communication"] or [mh ^Coercion]) and ([mh "drug therapy"] or [mh "Pharmaceutical Preparations"] or [mh "Psychotropic Drugs"] or [mh "Hypnotics and Sedatives"] or [mh /DT])) or (((coerc* or force or forced* or forcing or forcibl* or persua* or involuntary) near/3 (medicat* or drug* or medicine* or pharmacotherap* or psychotropic* or psychopharmac* or psychoactive* or tranquiliz* or tranquilliz* or antipsychotic* or sedative* or hypnotic*)) or (chemical* near/3 restrain*) or (emergency next medicat*))) in Other Reviews	1
----	--	---

HTA Database (Centre for Reviews and Dissemination)

Dato for søk: 05.02.2017

1	(MeSH DESCRIPTOR Mental Disorders EXPLODE ALL TREES) IN HTA	852
2	(MeSH DESCRIPTOR Mentally Ill Persons EXPLODE ALL TREES) IN HTA	4
3	(((mental* OR psyc*) NEAR3 disease*)) IN HTA	11
4	(((mental* OR psyc*) NEAR3 disorder*)) IN HTA	179
5	(((mental* OR psyc*) NEAR3 disturb*)) IN HTA	4
6	(((mental* OR psyc*) NEAR3 ill*)) IN HTA	68
7	(((mental* OR psyc*) NEAR3 patient*)) IN HTA	59
8	(((disease* OR disorder*) NEAR3 mental*)) IN HTA	61
9	(((disease* OR disorder*) NEAR3 psyc*)) IN HTA	55
10	(((disturb* OR ill*) NEAR3 mental*)) IN HTA	6
11	(((disturb* OR ill*) NEAR3 psyc*)) IN HTA	7
12	((patient* NEAR3 mental*)) IN HTA	22
13	((patient* NEAR3 psyc*)) IN HTA	38
14	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13	980
15	(MeSH DESCRIPTOR persuasive communication) IN HTA	0
16	(MeSH DESCRIPTOR Coercion) IN HTA	0
17	((coerc* OR force OR forced* OR forcing OR forcibl* OR persua* OR involuntary)) IN HTA	199
18	#15 OR #16 OR #17	199
19	(MeSH DESCRIPTOR drug therapy EXPLODE ALL TREES) IN HTA	911
20	(MeSH DESCRIPTOR Pharmaceutical Preparations EXPLODE ALL TREES) IN HTA	163

21	(MeSH DESCRIPTOR Psychotropic Drugs EXPLODE ALL TREES) IN HTA	164
22	(MeSH DESCRIPTOR Hypnotics and Sedatives EXPLODE ALL TREES) IN HTA	34
23	(medicat* OR drug* OR medicine* OR pharmacotherap* OR psychotropic* OR psychopharmac* OR psychoactive* OR tranquiliz* OR tranquilliz* OR antipsychotic* OR sedative* OR hypnotic*) IN HTA	4581
24	#19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23	5060
25	#14 AND #18 AND #24	5

MEDLINE, Embase, PsycINFO

Dato for søk: 02.02.2017

MEDLINE(R) Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations, Ovid
MEDLINE(R) Daily and Ovid MEDLINE(R) <1946 to Present> (ppez) 707 treff

Embase <1974 to 2017 February 01> (oemezd) 955 treff

PsycINFO <1987 to January Week 4 2017> (psyf) 371 treff

Samlet antall treff etter dubletter ble fjernet: 1363

1	((exp "Mental Disorders"/ or "Mentally Ill Persons"/ or (((mental* or psyc*) adj3 (disease* or disorder* or disturb* or ill* or patient* or inpatient*)) or (schizophren* or psychos* or psychotic*).tw,kw,kf.) and (((("persuasive communication"/ or "Coercion"/) and (exp "drug therapy"/ or exp "Pharmaceutical Preparations"/ or exp "Psychotropic Drugs"/ or exp "Hypnotics and Sedatives"/ or dt.fs.)) or (((coerc* or force or forced* or forcing or forcibl* or persua* or involuntary) adj3 (medicat* or drug* or medicine* or pharmacotherap* or psychotropic* or psychopharmac* or psychoactive? or tranquiliz* or tranquilliz* or antipsychotic* or sedative* or hypnotic*)) or (chemical* adj3 restrain*) or (emergency adj medicat*).tw,kw,kf.)) not ((animals/ or (rat or rats or mouse or mice).ti.) not (animals/ and humans/)) use ppez	707
2	((exp "mental disease"/ or "mental patient"/ or (((mental* or psyc*) adj3 (disease* or disorder* or disturb* or ill* or patient* or inpatient*)) or (schizophren* or psychos* or psychotic*).tw,kw.) and ((("persuasive communication"/ and (exp "drug administration"/ or exp "drug therapy"/ or exp "psychotropic agent"/ or exp "hypnotic sedative agent"/ or dt.fs.)) or (((coerc* or force or forced* or forcing or forcibl* or persua* or involuntary) adj3 (medicat* or drug* or medicine* or pharmacotherap* or psychotropic* or psychopharmac* or psychoactive? or tranquiliz* or tranquilliz* or antipsychotic* or sedative* or hypnotic*)) or (chemical* adj3 restrain*) or (emergency adj medicat*).tw,kw.)) not ((exp experimental organism/ or animal tissue/ or animal cell/ or exp animal disease/ or exp carnivore dis-	955

	ease/ or exp bird/ or exp experimental animal welfare/ or exp animal husbandry/ or animal behavior/ or exp animal cell culture/ or exp mammalian disease/ or exp mammal/ or exp marine species/ or nonhuman/ or animal.hw. or (rat or rats or mouse or mice).ti.) not human/) use oomezd	
3	(exp "Mental Disorders"/ or "Psychiatric Patients"/ or (((mental* or psyc*) adj3 (disease* or disorder* or disturb* or ill* or patient* or inpatient*)) or (schizophren* or psychos* or psychotic*).ti,ab,id.) and (((("persuasive communication"/ or "Coercion"/ or "Involuntary Treatment"/) and (exp "Drug Therapy"/ or exp "Tranquilizing Drugs"/ or exp "Antidepressant Drugs"/ or exp "Hypnotic Drugs"/)) or (((coerc* or force or forced* or forcing or forcibl* or persua* or involuntary) adj3 (medicat* or drug* or medicine* or pharmacotherap* or psychotropic* or psychopharmac* or psychoactive? or tranquiliz* or tranquilliz* or antipsychotic* or sedative* or hypnotic*)) or (chemical* adj3 restrain*) or (emergency adj medicat*).ti,ab,id.) use psyf	371
4	or/1-3	2033
5	remove duplicates from 4	1363

CINAHL 1981-

Dato for søk: 02.02.2017

Antall treff: 174

(((MH "Mental Disorders+" OR MH "Psychiatric Patients+")) OR (TI (((mental* OR psyc*) N2 (disease* OR disorder* OR disturb* OR ill* OR patient* OR inpatient*))) OR (schizophren* OR psychos* OR psychotic*)) OR (AB (((mental* OR psyc*) N2 (disease* OR disorder* OR disturb* OR ill* OR patient* OR inpatient*))) OR (schizophren* OR psychos* OR psychot*))) AND (((MH "Coercion" OR MH "Persuasive Communication") AND (MH "Drug Therapy" OR MW "dt" OR MH "Psychotropic Drugs+" OR MH "Hypnotics and Sedatives+")) OR (TI (((coerc* OR force OR forced* OR forcing OR forcibl* OR persua* OR involuntary) N2 (medicat* OR drug* OR medicine* OR pharmacotherap* OR psychotropic* OR psychopharmac* OR psychoactive# OR tranquiliz* OR tranquilliz* OR antipsychotic* OR sedative* OR hypnotic*)) OR (chemical* N2 restrain*)) OR (emergency W0 medicat*)) OR (AB (((coerc* OR force OR forced* OR forcing OR forcibl* OR persua* OR involuntary) N2 (medicat* OR drug* OR medicine* OR pharmacotherap* OR psychotropic* OR psychopharmac* OR psychoactive# OR tranquiliz* OR tranquilliz* OR antipsychotic* OR sedative* OR hypnotic*)) OR (chemical* N2 restrain*)) OR (emergency W0 medicat*))))

ISI Web of Science 1987-

Dato for søk: 02.02.2017

Antall treff: 204

TS=(((mental* OR psyc*) NEAR/2 (disease* OR disorder* OR disturb* OR ill* OR patient* OR inpatient* OR in-patient*) OR (schizophren* OR psychos* OR psychotic*)) AND (((coerc* OR force OR forced* OR forcing OR forcibl* OR persua* OR involuntary) NEAR/2 (medicat* OR drug* OR medicine* OR pharmacotherap* OR psychotropic* OR psychopharmac* OR psychoactive? OR tranquiliz* OR tranquilliz* OR antipsychotic* OR sedative* OR hypnotic*)) OR (chemical* NEAR/2 restrain*) OR (emergency NEAR/0 medicat*)))

SveMed+

Dato for søk: 03.02.2017

Antall treff: 81

(((noexp:"persuasive communication" OR noexp:"Coercion") AND (exp:"drug therapy" OR exp:"Pharmaceutical Preparations" OR exp:"Psychotropic Drugs" OR exp:"Hypnotics and Sedatives")) OR (((coerc* OR force OR forced* OR forcing OR forcibl* OR persua* OR involuntary) AND (medicat* OR drug* OR medicine* OR pharmacotherap* OR psychotropic* OR psychopharmac* OR psychoactive OR tranquiliz*)) OR ("chemical* restrain*") OR ("emergency medicat*")))

Vedlegg 2. Ekskluderte systematiske oversikter

Studie Førsteforfatter, årstall	Eksklusjonsgrunn
DeVitto 2011	Konferanseabstrakt
Sheehan 2009	Mangelfull rapportering av systematiske søk, inklusjons- og eksklusjonskriterier.
Steinert 2006	Språk/Utfall

Vedlegg 3. Ekskluderte enkeltstudier

Studie Førsteforfatter (ref)	Eksklusjonsgrunn
Armgart 2013	Språk
Cournos 1991	Design
Dack 2012	Populasjon og intervensjon
de Haan 2007	Språk
Del Vecchio 2011	Konferanseabstrakt
Del Vecchio 2012	Konferanseabstrakt
Flammer 2015	Språk
Gagne 2005	Design og intervensjon
Gomez-Duran 2014	Språk
Gomez-Restrepo 2014	Språk
Kalisova 2012	Konferanseabstrakt
Langle 2000	Språk
Luciano 2016	Konferanseabstrakt
Mayoral 2005	Språk
Mielau 2016	Språk
Rain 2003	Utfall
Ratey 1993	Intervensjon
Rohner 2011	Intervensjon
Schooler 2011	Ikke mottatt
Schuepbach 2005	Intervensjon
Schulte 2007	Design
Seale 2006	Intervensjon
Steinert 2007	Intervensjon
Steinert 2000	Språk
Steinert 2000	Språk
Steinert 2006	Språk
Steinert 2011	Språk
Verlinde 2014	Språk
Vuckovich 2003	Konferanseabstrakt
Wynn 2004	Intervensjon

Vedlegg 4. Enkeltstudier: identifisert i søk, men rapportert i inkluderte oversikter

1. Cournos F, McKinnon K, Stanley B. Outcome of involuntary medication in a state hospital system. *American Journal of Psychiatry* 1991;148(4):489-94.
2. Georgieva I, Mulder CL, Whittington R. Evaluation of behavioral changes and subjective distress after exposure to coercive inpatient interventions. *BMC Psychiatry* 2012;12:54.
3. Gisev N, Bell JS, Chen TF. Factors associated with antipsychotic polypharmacy and high-dose antipsychotics among individuals receiving compulsory treatment in the community. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 2014;34(3):307-12.
4. Greenberg WM, Moore-Duncan L, Herron R. Patients' attitudes toward having been forcibly medicated. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry & the Law* 1996;24(4):513-24.
5. Haglund K, Von Knorring L, Von Essen L. Forced medication in psychiatric care: patient experiences and nurse perceptions. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 2003;10(1):65-72.
6. Husum TL, Bjorngaard JH, Finset A, Ruud T. A cross-sectional prospective study of seclusion, restraint and involuntary medication in acute psychiatric wards: patient, staff and ward characteristics. *BMC Health Services Research* 2010;10:89.
7. Jaeger S, Piffner C, Weiser P, Langle G, Croissant D, Schepp W, et al. Long-term effects of involuntary hospitalization on medication adherence, treatment engagement and perception of coercion. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 2013;48(11):1787-96.
8. Lind M, Kaltiala-Heino R, Suominen T, Leino-Kilpi H, Valimaki M. Nurses' ethical perceptions about coercion. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 2004;11(4):379-85.
9. Lucksted A, Coursey RD. Consumer perceptions of pressure and force in psychiatric treatments. *Psychiatric Services* 1995;46(2):146-52.
10. Naber D, Kircher T, Hessel K. Schizophrenic patients' retrospective attitudes regarding involuntary psychopharmacological treatment and restraint. *European Psychiatry* 1996;11(1):7-11.
11. O'Donoghue B, Lyne J, Hill M, O'Rourke L, Daly S, Feeney L. Patient attitudes towards compulsory community treatment orders and advance directives. *Irish Journal of Psychological Medicine* 2010;27(2):66-71.

Vedlegg 5. Inkluderte systematiske oversikter

Mål	Søk	Inklusjonskriterier	Resultater/konklusjon
Churchill (2007) International Experiences of using Community Treatment Orders			
Systematisk oversikt over nasjonale og internasjonal forskningslitteratur i bruken av CTO.	Systematisk søk i Embase, PsycINFO, MEDLINE. 72 inkluderte studier	Inklusjonskriterier; litteratur som definerte CTO, juridisk rammer i lokalsamfunn, autorisert, ingen bånd til sykehus, med tvang. Studier med internasjonal sammenligning, deskriptiv forskning, eksperimentell forskning og diskusjoner om begrep, juridiske og etiske spørsmål.	Det var ikke mulig å konkludere om effekten av CTO i tvangs-behandling utenfor døgnbehandling var en fordel eller skadelig for pasientene. Det var mangelfull resultater for utfallsmål som reinnleggelse i sykehus, lengde på sykehusopphold, økt medikamentetterslevelse og livskvalitet hos pasientene. Det var også ulike erfaringer og syn på denne behandlingen.
Hui (2013) Coercive measures in forensic settings: Findings from the literature			
Undersøke omfanget av bruk av tvangsmidler og hvilke faktorer som var assosiert med bruk av tvang i rettsmedisinsk psykiatri.	Systematisk søk i ASSIA, BHI, CINAHL, Embase, PAIS, PsycINFO, MEDLINE og Sociological Abstracts fra 1980–2012. 15 inkluderte studier	Inklusjonskriteriene basert på studiedesign, temaer og populasjon, rapporterte empiriske resultat fra kvalitative og/eller kvantitativ. Studier av medikamenter ble ekskluderte sammen med meningsytringer.	Yngre og nylig innlagte pasienter blir isolerte oftest. Resultatene var mer sammensatte knyttet til kjønn, etnisitet og diagnoser. Pasienter opplevde ofte tvangstiltakene som negativt. Personalets oppfatning ser ut til å være bestemt av deres rolle i det å håndtere og praktisere tvang. Studiene viste motsetningsfulle syn blant personale på tvang, styrt av personlig og profesjonelle overbevisning, kjønn og utdanning,
Jarret (2008) Coerced medication in psychiatric inpatient care: literature review			
Identifisere demografiske og kliniske profiler ved pasienter utsatt for tvangsmedisinering.	Søk i databaser (1980 - 2008): British Nursing Index, CINAHL, PsycINFO, Embase og MEDLINE. Søketermer var coercion, force, chemical restraint, rapid tranquilization, inpatients and psychiatry.	Forfatterne inkluderte fagfellevurderte studier som var utgitt på engelsk og fokuserte på tvangsmedisinering i psykiatrisk institusjon.	Pasienter med erfaring med tvangsmedisinering var i 30-årene, hadde diagnoser på schizofreni, bipolar eller andre psykotiske lidelser. De har ofte vært tvangsinnlagt.

Undersøke pasienten og ansatte syn på denne praksisen.	14 inkluderte studier.	Studier ble ekskluderte hvis de berørte effektivitet eller fysiologiske virkningen av farmakologiske intervensjoner, generelle problemer relatert til etterlevelse av behandling og tvangsmedisinering uten innleggelse.	Overfall eller trussel om vold var hovedårsaken til tvangsmedisinering.
Kisley (2014) Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders.			
Om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD) var effektiv sammenlignet med standard behandling, frivillig behandling eller rådgiving.	Systematiske søk i Cochranes Schizofreni gruppe register med søk i følgende databaser: MEDLINE, Embase, AMED, BIOSIS, CINAHL, PsycINFO, PubMed. 3 inkluderte studier.	Inklusjonskriteriene var basert på studiedesign; RCT, populasjon: schizofreni, intervensjon: CTO. Primære utfallsmål var bruk av helsetjenester som innleggelse og re-innleggelse, antall liggedøgn i sykehus og sekundære utfallsmål var bruk av helsetjenester, sosial funksjon, livskvalitet, tilfredshet.	Begrenset kunnskap om tvungent psykisk helsevern resulterer i bedre bruk av tjenester, sosial funksjon, mental helse eller livskvalitet. Det var mindre sannsynlig at deltakerne var utsatt for vold. Det var begrenset kunnskap om CTO på grunn av tre relativ små effektstudier med lav til moderat kvalitet. Det er behov for mer forskning på denne behandlingen.
Luciano (2014) Use of coercive measures in mental health practice and its impact on outcome: A critical review			
Oppsummere forskningslitteratur om hva som predikerer bruk av tvang. Undersøke sammenhengen mellom tvangstiltakene og pasientrelaterte utfall.	Litteratursøk ble utført i MEDLINE, PsycINFO, Scopus, Web of Knowledge og Cochrane Databasen. I alle utvalgte artikler var referanser håndstøkt for å kunne identifisere andre mulige relevante studier. Søk 2007- 2013 30 inkluderte studier.	Studier ble inkludert i oversikten om de var skrevet på engelsk; fagfellevurderte; og var utført i voksen psykiatriske behandling. For å identifisere andre mulige studier, ble identifiserte referanser kryssjekket for relevans.	Bruk av tvang ble predikert av pasientens kliniske og sosiodemografiske forhold, egenskaper ved personalet og institusjonsrelaterte faktorer. Tvangstiltak har begrenset innvirkning på pasientens kliniske og sosiale utfallsmål. Forfatterne fant at det var gjennomført få studier med en robust metodisk design, og at det var behov for flere studier med bedre design og lengre oppfølgingstid.
Owiti (2011) A narrative review of studies of refusal of psychotropic medication in acute inpatient psychiatric care			
Hva er årsaken til at pasienter avstår fra å ta psykotrope medisiner i akutt-psykiatriske avdelinger.	Søk i PsycINFO, CINAHL, MEDLINE, Embase psychiatry, ASSIA, HMIC, DARE og Cochrane databasen. Søk 1960 til 2009 med følgende termer: Involuntary Treatment, Treatment Refusal, Pharmacotherapy, Chemotherapy, Medication. Søket (2009) var begrenset til Inpatient, Hospital, Psychiatric, Mental'. 22 inkluderte studier.	Inklusjonskriterier; litteratur fra søk ble screenet ut fra titler om relevans. Sammendrag ble vurdert. Av de 22 inkluderte artiklene var alle publisert på engelsk, fire studier fra Storbritannia og 18 fra USA, som møtte inklusjonskriterier av hvorfor pasienter motsetter seg bruk av medisiner i psykiatrien.	Det var ingen statistisk signifikante forskjeller mellom de som avstår fra og de som aksepterer behandling mht til kjønn, sivilstatus og hvilke boformer før innleggelse. Bruk av midlertidig stab, mangel på tillit til ansatte og ineffektive institusjons-strukturer var assosiert med høyere kostnader og motstand mot å ta medisiner.

			Dokumentasjonen om hvorfor pasienter nektet å ta medisiner var mangelfull, og tilgjengelig forskning var av variabel metodisk kvalitet.
Rugkasa (2016) Effectiveness of Community Treatment Orders: The International Evidence			
Oppdatering av to systematiske oversikter om tvungen psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD) med nye studier publisert i perioden 2013 og 2015	Søk i databaser (2013 - 2015): PsycINFO, MEDLINE, and EMBASE. 50 inkluderte studier	Ikke rapportert, men støtter seg på arbeidet til Churchill 2007 og Maughan 2014.	Oversiktene viste sammensatte resultater på re-innleggelser, tid i sykehus og bruk av andre tjenester. Resultatene fra effektstudier viste ingen effekt i favør av CTO på flere utfallsmål, bortsett fra at CTO-pasienter var mindre utsatt for kriminalitet. Meta-analyser med sammenstilte pasientdata viste ingen fordel for behandlingen og systematiske oversikter bekreftet det.
Wade (2017) A systematic review of service-user reasons for adherence and nonadherence to neuroleptic medication in psychosis			
Oppsummere brukernes selvrapporterte grunner til å etterleve behandling med nevroleptika.	Systematiske søk i Web of Science, Embase, MEDLINE, PsycINFO og CINAHL Plus til Oktober 2015. 21 inkluderte studier.	Inklusjonskriterier: (a) tilgjengelig på engelsk; (b) bruk av kvantitative og kvalitative metoder; (c) originale data i fagfelleurderte tidsskrift; (d) rapporterer om pasienter tar eller har tatt nevroleptika (e) schizofreni lidelse; (f) selv-rapporterte grunner for etterlevelse, og g) minst en tredjedel av deltagerne var 16 år eller eldre.	Opplevelser av stigma og økonomiske vanskeligheter var årsaker for manglende etterlevelse, mens erfaringer med bruk av tvang bidro til økt etterlevelse.

Vedlegg 6. Variasjon i tvangsbruk

Mål og design	Populasjon	Metode	Utfallsmål	Resultater og konklusjon
Mc Laughlin (2016) Use of Coercive Measures during Involuntary Psychiatric Admission and Treatment Outcomes: Data from a Prospective Study across 10 European Countries				

Beskrive variasjon i bruken av tvangsmidler mellom land. Forfatterne ønsket også å måle lengden på sykehusoppholdet og pasientenes aksept av innleggelse.	Rekruttering av pasienter fra 12 land mellom 2003 og 2005. N = 2030 tvangsinnlagte pasienter. Bulgaria, Tsjekkia, Hellas, Tyskland, Italia, Litauen, Polen, Spania, Sverige, Storbritannia, Israel og Slovakia	Regresjonsanalyser ble utført for å undersøke assosiasjoner mellom tvang og ulike forklaringsvariabler.	Alder, kjønn, og sosiodemografiske data, diagnose og symptomer. Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). Tvang målt med spørreskjema som var utviklet av EUNOMIA.	Tvangsmedisinering var assosiert med lavere aksept for innleggelse og lengre behandlingstid på sykehus. Pasienter motsatte seg tvangsmedisinering.
Kallisova (2014) Do patient and ward-related characteristics influence the use of coercive measures? Results from the EUNOMIA international study				
Identifisere pasient- og institusjonsrelaterte faktorer som var assosiert med ulike typer tvangstiltak.	Pasienter med schizofreni, affektiv lidelse eller annen lidelse. Tvangsinnlagte pasienter (N = 2,027) ble delt i to grupper og sammenlignet mhp om de hadde vært utsatt for tvang (N = 770) eller ikke (N = 1,257).	Data var innsamlet ved hjelp av et spørreskjema utviklet av EUNOMIA.	Sosio-demografiske data som alder, kjønn, yrkesstatus, livssituasjon, diagnose, mental helse og tidligere innleggelser.	Bruken av tvang varierte betydelig i mellom land og var høyere i Polen, Italia og Hellas. Variabler som var assosiert økt risiko for bruk av tvang var mannlig kjønn, psykotiske lidelser og andre alvorlige symptomer.
Nawka (2013) Gender differences in coerced patients with schizophrenia				
Beskrive kjønnsrelaterte forskjeller i bruken av tvangsbehandling blant pasienter med schizofreni.	Pasienter med schizofreni, affektiv lidelse eller annen lidelse i en akuttfasen av sykdommen. N= 291 menn og 231 kvinner.	Data om tvangstiltakene innsamlet ved hjelp av et spørreskjema utviklet av EUNOMIA.	Sosiodemografiske data som alder, kjønn, yrkesstatus, arbeid og livssituasjon og kliniske egenskaper, sosial funksjon og aggressiv atferd hos pasienter som var blitt tvangsbehandlet.	Tvangsbehandlete kvinner viste redusert sosial funksjon, og hadde alvorlige symptomer på «spenning/fiendtlig» sammenlignet med menn. Tvangsmedisinering var mer brukt overfor kvinner og fysisk tvang og isolasjon overfor menn. Mindre alvorlige aggressive atferd gir annen bruk av tvangstiltak overfor kvinner enn menn.

Vedlegg 7. Enkeltstudier om effekt av tvangsmedisinering

Mål og design	Populasjon og type tvangsmedisin	Metode	Utfallsmål	Resultater konklusjon
Flammer (2016) Association Between Restriction of Involuntary Medication and Frequency of Coercive Measures and Violent Incidents				

<p>Undersøke om antall og alvorlighetsgrad av voldelige hendelser økte i en åtte-måneders periode der tvangsmedisinering var ulovlig.</p> <p>Tverrsnittundersøkelse.</p> <p>Tyskland</p>	<p>Pasienter med primærdiagnose schizofreni eller manisk lidelse som hadde vært innlagt på sykehus i løpet av minst en av tre tidsperioder.</p> <p>Pasienter ble inkludert hvis de hadde var utsatt for tvangsmedisinering. All tvangsmedisinering uten akutt-behandling var ulovlig.</p> <p>Korttidsvirkende legemidler brukt som tvangsmiddel.</p>	<p>En tverrsnittsanalyse av journaldata fra syv psykiatriske sykehus i tre perioder (periode 1 juli 2011-februar 2012; periode 2, juli 2012-februar 2013, og perioden 3 juli 2013-februar 2014).</p>	<p>Frekvens og varighet av tvangstiltak, antall og alvorlighetsgraden av voldelige hendelser, lengden på sykehusinnleggelse og alvorlighetsgraden av sykdom ved innleggelse.</p> <p>Sosiodemografiske og kliniske data var rutinemessig registrert. Måleinstrumenter som Staff Observation of Aggression Scale-Revised (SOAS-R), Clinical Global Impression severity of illness rating (CGI-S)</p>	<p>Pasienter med psykotiske og bipolare lidelser var mest utsatt for tvangsmedisinering.</p> <p>Bruk av mekanisk tvangstiltak og voldelige hendelser per innleggelse økte betraktelig når tvangsmedisinering ikke var lovlig.</p> <p>Prosentandelen av innleggelser på isolasjon økte signifikant i periode 2 og var signifikant forskjellig i periode 1 sammenlignet med periode 3.</p> <p>Alvorlighetsgraden av sykdommen og lengden på sykehusinnleggelse endret seg ikke over de tre periodene.</p>
<p>Georgieva (2013) Reducing seclusion through involuntary medication: a randomized clinical trial</p>				
<p>Undersøke om frekvens og varighet av isolering og tvangstiltak ble redusert hvis tvangsmedisinering var førstevalg ved behandling av aggresjon ved en akutt-psykiatrisk avdeling.</p> <p>Randomisert kontrollert studie.</p> <p>Nederland</p>	<p>Pasienter med psykose, stemnings-, personlighets, avhengighet- eller post-traumatisk stresslidelse.</p> <p>Korttidsvirkende legemidler brukt som tvangsmiddel.</p>	<p>Pasienter var tilfeldig fordelt til to grupper. En gruppe fikk tvangsmedisinering og den andre fikk isolasjon.</p> <p>Pasienter ble behandlet av samme klinikere (psykiatere og sykepleiere) i identiske avdelinger med lik antall senger og bemanning.</p>	<p>Short version of Kennedy Axis V (Kennedy, 2003).</p> <p>Global Assessment of Functioning (GAF) score</p> <p>Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)</p>	<p>Det var ingen påviselig forskjell i varigheten av isolering mellom gruppene, ei heller i den totale bruken av tvang.</p>

Type tvangsmedisinering: 1) Korttidsvirkende legemidler brukt som tvangsmiddel 2) Lengre tids tvangsbehandling med legemidler 3) Tvang uten døgnopphold/tvangsmedisinering utenfor institusjon (TUD) 4) Ikke rapportert eller mangelfull rapportering.

Vedlegg 8. Enkeltstudier om pasientpopulasjon og risikofaktorer

Mål og design	Populasjon og type tvangsmedisin	Metode	Utfallsmål	Resultater konklusjon
Andersen (2016) Involuntary treatment of schizophrenia patients 2004-2010 in Denmark				
<p>Målet med denne studien var å beskrive tvangsbehandling overfor pasienter med schizofreni.</p> <p>Registerdata.</p> <p>Danmark</p>	<p>Pasienter diagnostisert med schizofreni mellom 2004 og 2010.</p> <p>Totalt 18 599 pasienter ble identifisert, 3078 gjennomgikk tvangsbehandling.</p> <p>Lengre tids tvangsbehandling med legemidler.</p>	<p>Registerdata var knyttet til registrering av tvangstiltak gitt i psykiatrisk behandling.</p> <p>For pasienter med flere episoder med tvangsbehandling, ble det registrert demografiske data. Demografi og behandlingshistorikk ble sammenlignet med pasienter som ikke gjennomgikk tvangsbehandling eller som fikk bare beroligende legemidler.</p>	<p>Måling av følgende variabler: medikament, start- og slutt-dose. Alle disse variablene var kodet som primær og sekundær behandling.</p>	<p>Behandling av somatisk sykdom står for 34,5 % av alle tvangsbehandlingene.</p> <p>Psykofarmaka står for 56,9 % Anti-psykotika var vanligste å bruke (99,5 %). Olanzapine var det mest brukte medikamentet (33.2 %). Behandling med depotinjeksjon og clozapine og antipsykotika var bare brukt i 13 % og 4,8 % av tilfellene.</p>
Hovens (2005) Oral risperidone with lorazepam versus oral zuclopenthixol with lorazepam in the treatment of acute psychosis in emergency psychiatry: A prospective, comparative, open-label study				
<p>Målet var å se om voksne pasienter med akutt forverring av schizofreni eller annen psykotisk lidelse endret seg med hensyn til aggresjon, impuls-kontroll, fiendtlig innstilling og symptomer etter tvangsmedisinering.</p> <p>Pasienter som ikke aksepterte bruk av respektive medikament fikk intramuskulært enten lorazepam eller zuclopenthixol acetate.</p> <p>Klinisk eksperiment.</p> <p>Nederland</p>	<p>Studien inkluderte pasienter i alderen 18-65 år, som hadde fått en akutt forverring av schizofreni eller annen psykotisk lidelse.</p> <p>Pasientene var diagnostisert etter DSM-IV kriterier (APA, 1994), og med en tilstand som krevde en akuttbehandling med anti-psykotika.</p> <p>Lengre tids tvangsbehandling med legemidler.</p>	<p>Pasienter ble fordelt til to avdelinger i en lukket enhet.</p> <p>I den ene institusjon var standard antipsykotisk behandling gitt med risperidon, og på den andre, standard antipsykotisk behandling gitt med zuclopenthixol.</p> <p>På begge avdelingene, var tilleggsbehandling gitt med benzodiazepiner, lorazepam.</p>	<p>Demografiske, psykiatriske, medisinske data ble registrert ved innleggelse. Pasienter gjennomgikk en urin-test og psykiske, fysiske og nevrologiske undersøkelser.</p> <p>Clinical Global Impression (CGI), Global Assessment of Functioning (GAF), Social Dysfunction and Aggression Scale (SDAS-11), Positive And Negative Syndrome Scale (PANSS).</p>	<p>Gjennomsnitt reduksjon for aggresjon var statistisk signifikant i gruppen som fikk risperidon, men ikke i gruppen som fikk zuclopenthixol. Sosial dysfunksjon og aggresjon ble redusert signifikant i begge gruppene.</p> <p>I alt var det 18,7 % av pasientene som fikk mindre symptomer, men bare 16,7 % av pasienter som fikk risperidon, sammenlignet med 59.3 % av de som fikk zuclopenthixol.</p>
Jungfer (2014) Reduction of seclusion on a hospital-wide level: successful implementation of a less restrictive policy				

<p>Målet med denne studien var å undersøke effekten av en mindre restriktiv politikk på frekvensen av isolasjon og tvangsmedisinering på et sykehus og vurdere effektene på institusjonsnivå.</p> <p>Longitudinell observasjon.</p> <p>Sveits</p>	<p>Pasienter hadde adgang til en av seks generelle psykiske institusjoner mellom; fire lukket og to åpne avdelinger i 2010- 2011 og mellom to lukkede, to ny åpne, og to åpne avdelinger i 2011-2012.</p> <p>Ikke rapportert eller mangelfull rapportering.</p>	<p>2-års, longitudinal observasjonsstudie med 2838 tilfeller i sykehus.</p>	<p>Måling av pasienter som var utsatt for isolasjon og endring i pasienter utsatt for tvangsmedisinering på sykehusnivå.</p>	<p>Hyppigheten av isolasjon og tvangsmedisinering ble redusert signifikant med åpne avdelinger.</p> <p>Antall tvangsmedisinering økte betraktelig på lukket avdelinger. Nedgangen i isolasjon på åpne avdelinger var statistisk signifikant når en kontrollerte for diagnoser og alvorlighetsgraden av sykdommen.</p>
<p>Kaltiala-Heino (2003) Involuntary medication in psychiatric inpatient treatment</p>				
<p>Målet var å beskrive tvangsmedisinering i psykiatrisk behandling. Studien var en del av en større nordiske sammenlignende studie av tvangsmedisinering i psykiatrisk behandling.</p> <p>Målet var todelt: 1) å beskrive omfanget av tvangsmedisinering i psykiatriske sykehus 2) å analysere hva slags sykdomsrelaterte, sosiodemografiske og behandlingsrelaterte faktorer som var forbundet med tvangsmedisinering.</p> <p>Retrospektiv kartlegging (journal).</p> <p>Finland</p>	<p>Pasientene hadde en alvorlig psykisk lidelse med schizofreni og alvorlig akutte og vedvarende kroniske symptomer.</p> <p>På grunn av variasjoner i behandlingskulturer, vil det være variasjon i bruken av tvangsmedisinering mellom forskjellige studien sentre.</p> <p>Ikke rapportert eller mangelfull rapportering.</p>	<p>Dataene ble innsamlet fra medisinske journaler og medisinering av pasienter innlagt på sykehus. Behandlingsperiodene ble identifisert fra sykehuset databaser, og hadde en oppfølging til utskrivning og seks måneder.</p> <p>Tvangsmedisinering ble dokumentert med hjelp av strukturert skjemaer. Det ble innsamlet informasjon om forberedelse og dosering i hver episode med tvangsmedisinering.</p>	<p>Innsamling av pasienters sosiodemografiske variabler som kjønn, alder og sivilstand.</p> <p>Diagnose var satt etter ICD-10 av behandlende psykiater. Kategorisert på følgende måte; pasienter med organisk syndromer, misbruk relatert diagnoser, schizofreni, alvorlig stemningsforstyrrelser.</p> <p>Antallet tidligere innleggelser, antall tidligere tvangsinnleggelser, juridisk status av pasienter ved innleggelser (frivillig/tvang) ble registrert. Videre innsamling av informasjon om andre tvangsbehandlinger som bruk av isolasjon og mekanisk tvangsmidler.</p>	<p>8,2 prosent av innleggelser inkludert tvangsmedisinering. Tvangs medisinering ble assosiert med diagnosen schizofreni, tvangs juridiske status og at pasienten har tidligere vært tvangsmedisinert.</p> <p>Et av studiesentrene brukt mindre tvangsmedisinering enn de to andre, selv om pasienter med schizofreni var overrepresentert. Selv om tvangs medisiner gis hovedsakelig til pasienter med en alvorlig psykisk lidelse og som motstår behandling, så spiller behandlingskultur åpenbart en rolle.</p>
<p>Knutzen (2013) Mechanical and pharmacological restraints in acute psychiatric wards-Why and how are they used?</p>				

<p>1. Hva var frekvensen av mekanisk og farmakologisk tvang brukt atskilt eller i kombinasjon? 2. Hvor lang tid varte siste mekanisk tvangsmidler episoder og var det en assosiasjon mellom egenskaper ved pasienten og varigheten av tvangsbehandlingen? 3. Hva var de viktigste årsakene til bruk av mekaniske og farmakologisk tvang? 4. Var det en assosiasjon mellom pasientegenskaper og grunner for begrensende og typer av tvangsbehandling?</p> <p>Retrospektiv undersøkelse.</p> <p>Norge</p>	<p>371 pasienter, 44,5 % var kvinner, 22,9 % hadde en innvandrerbakgrunn, (41.1% fra Asia; Afrika: 32,2 %; Sør-Europa: 14,9 %. Nord-Europa utenfor Skandinavia: 6,8 %, Scandinavia: 3,5 %, og Canada: 1,1 %).</p> <p>64 % av utvalget var pasienter i akutte psykiatriske institusjoner, 41, 3% hadde en innleggelse, 26.2 % hadde to innleggelser og 32,5 % hadde 3 – 23 innleggelser under studietiden. Bare 9 % ble frivillig henvist, og 26.8% hadde en 0-4 dager lengden på oppholdet; 26.2%, 5-15 dager og 47%, 16-279 dager.</p> <p>Korttidsvirkende legemidler brukt som tvangsmiddel.</p>	<p>Denne studien analyserte data fra pasienter første episodene av isolasjon i tre akutte psykiatriske avdelinger i en 2-års studie periode.</p> <p>Logistisk regresjon analyser ble brukt til å identifisere prediktorer for type og varighet av tvang. Fordelingen var som følger: mekanisk tvang, 47,2 %, mekanisk og tvangsmedisinering gitt sammen, 35,3 %, og bare farmakologiske tvang, 17,5 %.</p>	<p>Alder, kjønn, innleggelsesdato, lengde på oppholdet, juridiske status av henvisning (frivillig eller tvangs), diagnoser (ICD-10), bosted, antall innleggelser og innvandrer status.</p> <p>Varigheten av tvang ble definert som perioden mellom start og utskrivning.</p>	<p>De hyppigst rapporterte årsaken for isolasjon var overgrep. Det økte sannsynligheten for farmakologiske tvang.</p> <p>Alder over 49 og kvinne økte sannsynligheten for tvangsmedisinering enn mekanisk tvang, mens bruk av tvang på grunn av overgrep svekket denne assosiasjonen</p> <p>Diagnoser, alder og grunn for tvang økt uavhengig sannsynligheten for å bli utsatt for bestemte typer tvang. Kvinnelige kjønn predikerte type tvangstiltak og varighet av tiltaket.</p>
<p>Miedema (2016) A study of the connection between coercive measures used in a closed acute psychiatric ward and the socio-demographic and clinical characteristics of the patients</p>				
<p>Målet var å se på sammenhengen mellom sosiodemografiske kjennetegn ved pasienter innlagt på lukket akutt psykiatriske avdeling og hvilke tvangstiltakene de var utsatt for.</p> <p>Registerdata.</p> <p>Nederland</p>	<p>Pasienter med symptomer på en psykotisk lidelse, manisk episode eller aggressiv atferd.</p> <p>Ikke rapportert eller mangelfull rapportering.</p>	<p>En database ble utarbeidet for å gi informasjon om sosiodemografiske og klinisk kjennetegn ved pasienter innlagt på en lukket akutt psykiatriske avdelingen i Haag i Nederland.</p> <p>Det for å kunne analysere forholdet mellom egenskapene ved pasienter og de tvangstiltakene som de var utsatt for.</p>	<p>Måling av kjønn, sivil status, arbeid, utdanning og bruk av velferdstjenester.</p> <p>Måling av innleggelser og re-innleggelser.</p>	<p>Flest pasienter innlagt var menn, single, barnløse, arbeidsledige, ikke i utdanning, og mottok velferdstjenester. 33 % av innleggelser var faktisk reinnleggelser.</p> <p>I løpet av innleggelsesprosedyren fikk 14 % av pasientene beredskap medisiner.</p>
<p>Morken (2009) Non-adherence to antipsychotic medication: Effects of integrated treatment on relapse and rehospitalisation in recent onset schizophrenia</p>				
<p>Målet var å beskrive utfall med hensyn til langvarige psykotiske symptomer, tilbakefall av positiv symptomer og sykehusinnleggelser.</p>	<p>Pasientene diagnostisert med DSM-IV schizofreni, schizoaffectiv eller schizofrenilidelse.</p>	<p>Studien inkluderte 50 pasienter med nylig utbrudd av schizoaffectiv lidelse eller schizofreni.</p>	<p>Symptomer var målt ved antall hallusinasjoner, vrangforestillinger og tenkte lidelser (0-7 skala).</p>	<p>Det var ingen forskjell i IT gruppen og standard behandlings gruppen. Menn hadde mindre etterlevelse enn kvinner.</p>

<p>Integrert behandling (IT) med tvang hos pasienter som hadde et utbrudd av schizofreni og manglende etterlevelse av anti-psykotiske medisiner.</p> <p>Kontrollert klinisk studie.</p> <p>Norge</p>	<p>Psykologer eller psykiatere som var opplært til å administrere den kliniske kartlegging for DSM-IV.</p> <p>Stabile kliniske pasienter mellom 18 og 35 år var foreskrevet antipsykotisk medisin.</p> <p>Lengre tids tvangsbehandling med legemidler.</p>	<p>Pasientene var klinisk stabilt ved studiestart og hadde mindre enn 2 år varigheten av psykotiske symptomer.</p> <p>God overholdelse antipsykotisk medisin som ble definert som mindre enn en måned uten medisiner. Resultater for god overholdelse ble sammenlignet over en 24 måneders oppfølging periode.</p>	<p>Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). The Positive and Negative Symptom factors.</p> <p>Global Assessment of Functioning (GAF) skåre (0, 12 og 24 måneder).</p>	<p>For pasienter med manglende etterlevelse var oddsene (OR) for å få en psykotisk tilbakefall 10,27, og for å være innlagt på sykehus 4,00. Bruk av depot-antipsykotika var assosiert med tilbakefall.</p> <p>Manglende etterlevelse var assosiert med tilbakefall, sykehusinnleggelse og ha vedvarende psykotiske symptomer. Det er behov for tiltak for å øke tilslutning til behandlingen.</p>
<p>Ohlenschlaeger (2007) Intensive treatment models and coercion</p>				
<p>Målet var å undersøke om en intensiv behandling har effekt på nivået av bruk av tvang og andre utfallsmål.</p> <p>Sykehusbasert rehabilitering, 1) intensivert behandlingsmodell, 2) integrert behandling og 3) standard behandling ble sammenlignet for pasienter med første-episode schizofreni lidelser.</p> <p>Randomisert kontrollert studie.</p> <p>Danmark</p>	<p>Pasienter med: 1) nytte av langsiktige sykehusinnleggelse, 2) alder 18-35 år 3) bolig i området, 4) førstegangs schizofreni, schizotyp, delusional, lidelse, akutt psykose, schizoaffektiv psykose, indusert psykose eller uspesifikk psykose (ICD-10 kriterier).</p> <p>Ikke rapportert eller mangelfull rapportering.</p>	<p>94 pasienter med første-episode schizofreni lidelser anslått til fordel fra langsiktig sykehusinnleggelse var inkludert fortløpende fra Copenhagen OPUS- og randomisert til de tre behandlingsmodellene.</p>	<p>Målinger av psykotisk symptomer (SAPS), negative symptomene (SANS), døgntilbud, tilsyn, veiledning, arbeidsstatus; komorbide sykdommer, skader, avhengighet; GAF; behandlingsetterlevelse; pasienttilfredshet.</p> <p>Måling av tvang første året av behandlingen.</p>	<p>Sykehus-basert rehabilitering og integrert behandling ga bedre skåre på symptomer og pasienttilfredshet etter ett år. Integrert behandling hadde færre sykehusdøgn, flere pasienter lever i ikke-tilsyn ved overnatting, og hadde bedre livskvalitet. Det var ingen forskjeller i bruk av tvang.</p> <p>Studien viste at intensivert behandling modeller var bedre enn standard behandling. Et høyere antall sykehusdøgn i sykehus-basert rehabilitering påvirket ikke effekten på resultatene.</p>
<p>Verlinda (2014) Involuntary medication as the intervention of choice: Can this be regarded as 'substitution' or as a preventive measure? A prospective cohort study</p>				
<p>En undersøkelse om det over tid, var reduksjon i bruken av isolasjon som medførte en proporsjonal økning i bruk av tvangsmedisinering.</p>	<p>I denne studien ble det analysert data for perioden 2007-2011 og som var relatert til 1843 pasienter behandlet med tvangsmedisinering.</p>	<p>Denne artikkelen beskriver, i en longitudinell kohort studie, effekten av policyen å redusere aggresjon ved å erstatte isolasjon gjennom bruk av</p>	<p>Måling av aggresjon, isolasjon og tvangsmedisinering.</p>	<p>Endret forhold mellom bruk av isolasjon og tvangsmedisinering over tid viste at bruk av tvangsmedisinering førte til at pasienter var isolerte i en kortere periode.</p>

Longitudinell kohortstudie. Nederland	Ikke rapportert eller mangelfull rapportering.	tvangs medisiner eller andre tiltak.		
--	--	--------------------------------------	--	--

Type tvangsmedisinering: 1) Korttidsvirkende legemidler brukt som tvangsmiddel 2) Lengre tids tvangsbehandling med legemidler 3) Tvang uten døgnoophold/tvangsmedisinering utenfor institusjon (TUD) 4) Ikke rapportert eller mangelfull rapportering.

Vedlegg 9. Enkeltstudier om brukeres erfaringer med bruk av tvang

Mål og design	Populasjon og type tvangsmedisin	Metode	Utfallsmål	Resultater/konklusjon
Bindmann (2005) Perceived coercion at admission to psychiatric hospital and engagement with follow-up. A cohort study				
Undersøke hva som predikerer opplevd tvang i blant personer på et psykiatrisk sykehus. Teste hypotesen om at opplevd tvang ved innleggelse predikerer dårligere prognose. Prospektiv kohortstudie. Storbritannia	Pasienter innlagt ved en akutt-psykiatrisk avdeling ble oppsøkt innen 72 timer etter innleggelse for å gi samtykke til å delta i studien. Pasientene hadde diagnosene schizofreni, affektiv eller personlighetslidelse. Lengre tids tvangsbehandling med legemidler.	Pasienter ble intervjuet ved innleggelse og ved utskrivning. Hundre intervjuer ble gjennomført av 118 innleggelser (85%).	The Admission Experience Interview (AEI), Admission Experience Schedule (AES). Sosiodemografiske data, etnisitet, sykdom og faktorer assosiert med tidligere kontakt med helsetjenester og innsikt i egen situasjon. Objektive målinger av tvang, arrestasjon, om politiet deltok ved innleggelse, og bruk av mekanisk tvangsmidler og medisiner.	Obligatorisk innleggelse var assosiert med opplevd tvang, men en tredel av frivillige pasienter følte seg sterkt presset, og to tredeler var ikke sikker på at de var fri til å forlate sykehuset. Høyere alder, mindre innsikt og etnisitet var assosiert med høyere opplevd tvang.
Georgieva (2012) Patients' preference and experiences of forced medication and seclusion				
Undersøke pasientenes preferanser for bruk av tvangsmedisinering og isolasjon og om det er en assosiasjon mellom preferanser og valg. Survey av pasientpreferanser. Nederland	Mange av pasientene hadde komorbide diagnoser (56%), 40 hadde en psykotisk lidelse, 44 en stemningslidelse, 36 en personlighetslidelse, 43 en avhengighet lidelse og 11 post-traumatisk stresslidelse (PTSD). Korttidsvirkende legemidler brukt som tvangsmiddel.	161 voksne pasienter fylte ut spørreskjema ved utskrivning fra en lukket psykiatriske enhet. Assosiasjon mellom pasientenes preferanser og underliggende variablene ble analysert med hjelp av logistisk regresjon.	(1) Pasienterfaringer med tvangsmedisinering, isolasjon ved sykehusopphold, (2) hvilken metode ville de foretrekke ved en framtidig akutt-situasjon (3) opplevd tvang målt med hjelp av tilpasset versjoner av Perceived Coercion Scale (PCS; MacArthur Perceived Coercion Scale.	Pasientpreferanser var assosiert med tidligere erfaringer: pasienter uten tvangs erfaringer foretrakk tvangsmedisinering. De som hadde fått isolasjon ville ha det ved fremtidige kriser, men bare hvis de selv godkjente lengden på behandlingen.
Haw (2011) Coercive treatments in forensic psychiatry: A study of patients' experiences and preferences				
Rapportere pasienters erfaringer og preferanser for fysisk tvang, medisiner og isolasjon. Et sekundærmål var å undersøke mulig akuttbehandling og se nærmere på det faglige innholdet.	Voksne menn og kvinner som ble innlagt av ulike årsaker. Korttidsvirkende legemidler brukt som tvangsmiddel.	Deltakerne ble intervjuet av en eller to forskere med semi-strukturert intervju med åpne spørsmål om isolasjon, tvang og medisiner.	Av 252 pasienter så møtte 79 inklusjonskriteriene. 57 (72 %) valgte å delta.	Over halvparten var utsatt for tvangsbehandling. Tvang ble generelt opplevd som en negativ erfaring, men 16 % av deltakerne oppga at den siste episoden at isolasjon hadde vært en positiv opplevelse.

Kvalitativt semi-strukturert intervju. Storbritannia				Flertallet foretrakk intramuskulær medisinerer heller enn isolasjon.
Lacasse (2016) The client experience of psychiatric medication: A qualitative study				
Undersøke klienters erfaring med psykiatriske medisinerer. Kvalitativ studie. USA	Medisinerer var primære intervensjon for de diagnostisert med en alvorlig psykisk lidelse, «severely mentally ill» (SMI). Lengre tids tvangsbehandling med legemidler.	16 personer møtte kriterier og deltok i et semi-strukturert kvalitativ intervju.	Fire temaer kom fram i intervjuene: (1) medisinerer, (2) informert samtykke, (3) selvbestemmelse og (4) engasjement.	Noen beskrev forsinkelser i tilbudet om psykososial oppfølging. Deltakerne identifisert mangler mht. samtykke, og fikk informasjon om bivirkninger i etterkant. Tvangsmedisinerer (f.eks. juridisk vedtak) ble beskrevet som negativt.
Mielau (2016) Coercive Interventions in Psychiatry: Prevention and Patients' Preferences				
Utforske pasientenes preferanser og tiltak for forebygging av tvang i psykiatrisk behandling. Strukturerte intervju. Tyskland	Pasienter med psykotisk lidelse, med erfaring med tvang. Ikke rapportert eller mangelfull rapportering.	Det ble gjennomført strukturert intervju med 90 pasienter.		Deltakerne ønsket enklere tilgang til tilrettelagt ikke-farmakologisk terapi, og økt faglig kompetanse blant personalet og bedre kommunikasjon. Mange deltakere foretrakk tvangsmedisinerer dersom de satt seg selv i fare, og bruk av tvangsmedisinerer og mekanisk tvangsmidler ved fare for andre personer.
Nyttingnes (2016) 'It's unbelievably humiliating'-Patients' expressions of negative effects of coercion in mental health care				
Undersøke mulig sammenheng mellom pasienter som er kritiske til bruk av tvang i psykisk helsevern og dårlige terapeutiske relasjoner og behandlingresultater. 15 heldags dialog-seminarer. Norge	Helsepersonell, pasienter og familie var invitert til å delta via nettet. Deltakere var brukerorganisasjoner, psykiatere, psykologer og sykepleiere. Ikke rapportert eller mangelfull rapportering.	Data inneholdt detaljerte notater fra 15 heldags dialog-seminarer om tvang og frivillighet i Oslo, Norge 2006-2009.		Noen fant at deres klager ble avvist som mangel på innsikt. I tillegg til at mindre hendelser ble opplevd som tvang. Pasienter fikk negative kommentarer og følte at de måtte bryte sammen for å få be-

				handling. Den akkumulerte effekten kan oppleves som svekket selvtillit.
Rain (2003) Perceived coercion and treatment adherence in an outpatient commitment program				
Undersøke om pasienters oppfatninger om tvang var assosiert med behandlingsetterlevelse etter endt poliklinisk behandling. Strukturert intervju. USA	Pasienter som var kvalifisert i ett poliklinisk program. Tvang uten døgnopphold/tvangsmedisinering utenfor institusjon (TUD).	Pasienter ble intervjuet om deres oppfatninger av tvang målt ved sykehussinleggelse og én, fem, og elleve måneder etter endt behandling. 117 fullført minst et oppfølgingsintervju.	Medisinbruk og overholdelse av behandling ble målt ved alle oppfølgingsstidspunktene.	Oppfattet tvangsskåre korrelerte med høyere egenrapporterte etterlevelse av klinisk behandling ved oppfølging etter én måned oppfølging, men ikke på senere tidspunkt.
Sørgaard (2007) Satisfaction and coercion among voluntary, persuaded/pressured and committed patients in acute psychiatric treatment				
Studere og sammenligne tre grupper pasienter, pasienttilfredshet, behandling og erfaringer. Tverrsnittsundersøkelse. Norge	Totalt 189 pasienter deltok i studien (86 %). De som ikke deltok var hovedsakelig pasienter med korte opphold (1-2 dager) der personalet glemte å gi skjemaene til pasientene ved utskrivning. 54 % var menn, med en gjennomsnittsalder på 36.7 år; 33 % hadde ikke vært innlagt på sykehus før, 41 % var mindre enn en uke. 9.5% hadde rusrelaterte lidelser, 9,7 % schizofreni, 51 % affektive lidelser, 11 % nevrotiske, stress-relaterte symptomer, 4,5 % primære personlighets lidelser og andre 14,3 %. Offisielt, 47 % var obligatorisk innlagte. Korttidsvirkende legemidler brukt som tvangsmiddel.	Spørreskjema og måling av graden av tvang gitt til alle innlagte pasienter på to akuttavdelinger. Dataene ble analysert med parametrisk metode. Gjennomsnittlig Global Assessment Scale (GAF) ved innleggelser var 36,4 og ved utskrivning var 52.0 (terapeut vurdert).	Pasienttilfredshet ble målt med hjelp av et selv-rapporterings-skjema. Måling av tvang/frivillig behandling, lengden på sykdom, hvem som hadde ansvar for innleggelsen, tilfredshet med behandling, tilfredshet med forskjellige fagpersoner, etc.). Tre elementer ble lagt til skalaen: bruk av isolasjon, hyppigheten av nedlatende kommunikasjon og fysiske overgrep. Opplevd tvang var målt med Coercion Ladder, VAS-skala (0-10).	En betydelig andel pasienter var usikre på sin juridiske status, hadde restriksjoner på bevegelse og rapporterte en del nedlatende kommunikasjon. Tilfredshet med behandlingen var generelt høy.
Veltkamp (2008) Patients' preferences for seclusion or forced medication in acute psychiatric emergency in the Netherlands				
Undersøke pasientenes preferanser for tvangstiltakene ved akutte kriser. Analyse av pasientegenskaper og deres situasjonsforståelse, preferanse og synet på restriktive tiltak.	Pasienter i en akutt-psykiatrisk institusjon. Korttidsvirkende legemidler brukt som tvangsmiddel.	104 voksne pasienter besvarte spørreskjema etter at de hadde gjennomgått isolasjon, tvangsmedisinerings eller begge på en av tre akuttpsykiatriske avdelinger.	Spørsmål om pasient karakteristikk, tvangs tiltak, utfallsmål, positive og negative erfaringer med tiltakene.	Menn uttrykt oftere enn kvinner preferanse for isolasjon. Pasienter som har forstått hvorfor tiltaket var nødvendig hadde mer positive holdninger til effekten av tiltaket.

Utforskende design				
Nederland				
Wynn (2006) Patients' Satisfaction and Self-Rated Improvement Following Coercive Interventions				
Undersøke pasienters tilfredshet med tvangsmedisinering og bruk av fysiske tvang. Case-kontroll studie. Norge	Pasienter behandlet på en større psykiatrisk avdeling ved et norsk universitetssykehus. Ikke rapportert eller mangelfull rapportering.	410 pasienter (49,3%) besvarte spørreskjema som undersøkte årsak til behandling, type tvangsmidler og tilfredshet med behandlingen. Pasienter utsatt for tvangsmedisiner, fysiske begrensninger, isolasjon ble matchet til kontrollgruppe som var behandlet uten tvang.	Spørsmål om frivillig/tvangs adgang, kjønn, aldersgruppe, selvrapporterte problem og status ved innleggelse. Sentrale utfallsmål var selvrapportert pasienttilfredshet og forbedring i symptomer.	Blant dem som hadde vært innlagt på sykehus rapportert 19 (26,8%) å ha vært utsatt tvang. Ingen forskjell mellom pasienter som hadde vært utsatt for tvang og kontrollgruppen. Tilfredshet med behandling var dårlig for begge grupper. Tilfredshet med informasjon var god blant tvangsbehandlede.

Type tvangsmedisinering: 1) Korttidsvirkende legemidler brukt som tvangsmiddel 2) Lengre tids tvangsbehandling med legemidler 3) Tvang uten døgnopphold/tvangsmedisinering utenfor institusjon (TUD) 4) Ikke rapportert eller mangelfull rapportering.

Vedlegg 10. Enkeltstudier om helsepersonells erfaringer og holdninger

Mål og design	Populasjon og type tvangsmedisin	Metode	Utfallsmål	Resultater konklusjon
Iyer (2013) A qualitative study of experiences with and perceptions regarding long-acting injectable antipsychotics: Part I-patient perspectives				
Undersøke legers holdning til langtidsvirkende injiserte antipsykotika. Fokusgruppe intervju. Canada	24 psykiatere ble spurt om erfaringer og holdninger til langtidsvirkende injiserte (LAI) antipsykotika (AP). Lengre tids tvangsbehandling med legemidler.	Fokusgruppeintervju med 24 psykiatere. Gruppene ble spurt om erfaringer med og holdninger til LAI og AP. Samtalene var tatt opp på bånd og transkribert ordrett og kodet med en hybrid av deduktive og induktive metoder. Et spørreskjema ble distribuert før fokusgruppene.	Subjektive oppfatninger av fordele- ler, ulemper og barrierer for å gi mer balanserte holdninger.	Psykiaterne foreskrev mest oral AP og hadde begrenset erfaring med injisering. De ga fire barrierer, blant annet begrenset kunnskap og erfaringer og personlig vegring mot bruk av nåler. Langtidsvirkende injisert antipsykotika ble sett på om siste utvei for pasienter med en historie med manglende behandlingsetterlevelse.
Wynn (2011) Attitudes to coercion at two Norwegian psychiatric units				
Undersøke bruk av tvang og isolasjon i nødsituasjoner med psykiske pasienter i sykehus. Undersøke holdninger til tvang på to norske psykiatriske avdelinger. Tverrsnittsundersøkelse. Norge	Deltakere var helsepersonell ved to psykiatriske sykehus. Korttidsvirkende legemidler brukt som tvangsmiddel.	Spørreskjema sendt til personalet ved to psykiatriske sykehus i to fylker. Åtte avdelinger ble inkludert. Spørreskjemaet inneholdt fiktive case med en pasient som var voldelig og en selv-skadendepasient. Personalet ble bedt om å beskrive hvordan de ville intervensere i hvert enkelt tilfelle.	Akutt-strategier ble sortert etter graden av restriksjoner, fra den svært restriktive (tvang, isolasjon) til mindre restriktive (samtale og tilbud om medisiner). Data analysert med regresjonsanalyser.	Begrenset variasjon i hvordan ansatte ved de ulike enhetene og ulike grupper av ansatte svarte. Personalet var mer åpent for restriktive intervensjoner når pasientene var voldelige. Mannlige ansatte og ufaglærte ansatte var mer åpne for å velge mer restriktive intervensjon.
Wynn (2007) Psychologists and coercion: Decisions regarding involuntary psychiatric admission and treatment in a group of Norwegian psychologists				

<p>I hvilken grad støtter en gruppe norske psykologer å bruke tvang i tre ulike case med pasienter som lider av schizofreni.</p> <p>Psykologene ble bedt om å vurdere i hvilke tilfeller (case) de ville gi tvangsbehandling av pasienter med nevroleptika.</p> <p>Tverrsnittundersøkelse.</p> <p>Norge</p>	<p>Psykologer med erfaring med tvangsmedisinering i psykiatriske tjenester.</p> <p>Lengre tids tvangsbehandling med legemidler.</p>	<p>340 psykologer på et spørreskjema med tre tilfeller av pasienter som lider av schizofreni.</p>	<p>Informanter svarte anonymt, men ga informasjon om kjønn, alder, yrkesgruppe og utdanning.</p> <p>I tillegg til om de hadde kunnskap om mennesker som lider av schizofreni, om de var ansatt i psykiatriske tjenestene og hadde erfaring med bruk av tvang.</p>	<p>Flertallet åpnet for bruk av tvang når pasienten var voldelig. Mer enn en tredjedel åpne for å bruke tvang overfor pasienter som hadde problemer med å håndtere aktiviteter i dagliglivet. Færre ville bruke tvang på pasienter i en schizofren utvikling.</p> <p>For ikke-voldelig pasienter var det større aksept for tvangsinnlegging enn tvangsmedisinering med nevroleptika.</p>
---	---	---	---	--

Type tvangsmedisinering: 1) Korttidsvirkende legemidler brukt som tvangsmiddel 2) Lengre tids tvangsbehandling med legemidler 3) Tvang uten døgnopphold/tvangsmedisinering utenfor institusjon (TUD) 4) Ikke rapportert eller mangelfull rapportering