

Tvangsmedisinering av psykisk syke pasienter

En litteraturstudie

Marthe Kirkesæther Brun



Prosjektoppgave ved det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

14.12.2014

Veileder: Reidar Pedersen

Abstract

Objective: The aim of this project was to examine the consequences and effects of forced medication on patients with mental disorders.

Methods: A systematic search for relevant studies published between 1994 and august 2014, was conducted in Medline. No studies were excluded based on quality. On the subfield of outpatient commitment, only systematic reviews were included. Experts in this field of science have been contacted and some additional papers were included.

Results: Researchers in this field use different methods and outcome measures, and there are few randomized, controlled trials. The effects are small, and often not consistent among the studies. Patients have both positive and negative perceptions of forced medication, and it seems that insight into own illness and retrospective treatment adherence, are important factors for how the measure is accepted. Caretakers tend to overrate the patients' acceptance of forced medication. Patients mention alternatives to forced medication when asked.

Conclusions: At this time we can not decide whether forced medication helps the patients or not, and there is no evidence based foundation for this practice in psychiatric care. This was true for both inpatient and outpatient commitment. Additional randomized controlled trials should be conducted in this field to determine if forced medication is good practice or not.

Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon	1
1.1	Psykosener og antipsykotika:	1
1.2	Lovgrunnlag:	3
1.3	Tvangsdata fra Norge	4
1.4	Tvang utenfor Norge	5
1.5	Tvang uten døgnopphold	5
1.6	Noen argumenter for og mot bruk av tvang.....	6
2	Metode	7
3	Resultater.....	9
3.1	Medisinering som tvangsmiddel	10
3.2	Studier som handler om tvangsmedisinering generelt.....	12
3.3	Tvang uten døgnopphold	16
4	Diskusjon.....	19
4.1	Randomiserte, kontrollerte studier som forbilde.....	19
4.2	Svakheter ved, og forskjeller mellom studiene	21
4.3	Tvang uten døgnopphold	25
4.4	Implikasjoner for praksis	26
4.5	Styrker og svakheter ved litteratursøket	28
5	Konklusjon	29
	Litteraturliste.....	30
	Vedlegg 1: Hovedfunn fra studien	32
	Vedlegg 2: Søkestrategi.....	33

1 Introduksjon

Bruk av tvang kan defineres som bruk av makt som begrenser en persons valgmuligheter eller involverer fysisk eller psykisk ubehag (1). I behandlingen av psykisk syke pasienter er tvang av og til nødvendig, og dette byr på lovmessige og etiske utfordringer. Formell tvang er tvangstiltak hvor det er fattet vedtak om tvangsbruk på et lovmessig grunnlag, mens uformell tvang er tvang der det ikke er fattet vedtak om det.

Jeg har valgt å skrive en oppgave om tvang i psykiske helsetjenester da det er et område hvor det hersker liten konsensus på praksis og det er usikkert hva som er det beste for pasientene i ulike situasjoner. I tillegg har pasienter som blir utsatt for tvang og personell som gjennomfører tvungent psykisk helsevern ofte ulik forståelse og opplevelse av tvangen. Jeg har valgt å fokusere min oppgave på tvungen medisiner, både som formell og uformell tvang. Jeg har gjennomgått litteratur som sier noe om tvangsmedisinering i psykiske helsetjenester, som i all hovedsak skjer spesialisthelsetjenesten (psykisk helsevern), og følger og effekter av tvungen medisiner. Det er mange vurderinger i forhold til utformingen av denne oppgaven som er gjort i samarbeid med veileder, men jeg har valgt å skrive «jeg» siden dette er en studentoppgave.

I denne innledningen vil jeg presentere lovgrunnlaget og omfanget av tvangsbruk i Norge, og litt om tvang i utlandet. Jeg vil også si noe om argumenter for og mot bruk av tvang. Jeg vil begynne med å gi en kort oversikt over psykotiske lidelser, som er den gruppen sykdommer som oftest er årsak til tvangsmedisinering; og si litt om antipsykotika, som er de medikamentene som brukes mest i den sammenhengen.

1.1 Psykoser og antipsykotika

En psykose er en vrangforestillingslidelse, en opplevelse som er ut over virkeligheten, der det kan forekomme hallusinasjoner som ofte oppleves som sterkere enn virkeligheten. Omtrent 3 % av befolkningen vil utvikle en psykose i løpet av livet (2). Det er mang årsaker til psykoser, og man skiller mellom de som er forårsaket av sykdom, skader, legemidler eller andre kjemiske stoffer/rusmidler, og de som opptrer ved alvorlig psykisk sykdom som schizofreni, stemningslidelser, paranoide psykoser og akutte, forbigående psykoser. Positive symptomer, som hallusinasjoner og vrangforestillinger, er gjerne det som karakteriserer en

psykoselidelse i en akutt forverring. Negative symptomer kjennetegnes av en reduksjon av normale funksjoner, og innebærer blant annet motivasjonstap, manglende evne til å utføre målrettede handlinger, manglende evne til å glede seg over ting, og affektavflating. Negative symptomer sees særlig hos de med schizofreni, og medfører et større tap av funksjonsnivå enn de positive symptomene (Fakta om psykoser hentet fra Lærebok i psykiatri(3)). Langt fra de fleste psykotiske lidelser behandles med tvang, da behandleren som oftest klarer å oppnå et samarbeid med pasienten om medisineringsen, eller at medisineringsen ikke er nødvendig i behandlingen.

Antipsykotika er en hjørnestein i behandlingen av psykotiske lidelser og schizofreni, og brukes ved både akuttbehandling og forebygging. Disse medikamentene finnes som første- og andre generasjon og har alle felles at de er sterke dopamin-reseptor (D2)-antagonister. Andre generasjonsmedikamentene er i tillegg serotonin-reseptor (5-HT₂)-antagonister, hvilket minsker tendensen til motoriske bivirkninger. Effekten av medikamentene er hovedsakelig reduksjon av psykotiske symptomer som hallusinasjoner og vrangforestillinger. Annengenerasjonsmedikamentene har antagelig større effekt på negative symptomer og kognitiv svikt. Det er målt generelt god effekt av medikamentene, ifølge en forelesning av Ole A. Andreassen om psykofarmaka (2014, forelesning ved UiO), er det vist at "number needed to treat" (NNT) var 5 til 10 for andre generasjons antipsykotika sammenlignet med placebo. Dette er et svært høyt tall sammenlignet med mange andre medisinske tilstander som behandles medikamentelt. Imidlertid krever effektstudier generelt et informert samtykke fra pasientene, og effekten ved tvungen administrasjon av antipsykotika er derfor som hovedregel ikke inkludert i effektstudiene.

Det er mye bivirkninger knyttet til behandling med antipsykotika. Motoriske bivirkninger som parkinsonisme, dystonier og dyskinesier er vanlige bivirkninger hos første generasjonsmedikamentene. Andre bivirkninger er vektøkning, gynecomasti, gastrointestinale plager, seksuell dysfunksjon og hypotensjon. Disse bivirkningene kan være svært plagsomme, og spesielt de motoriske bivirkningene som kan arte seg som dystonier og grimasering i ansiktet er stigmatiserende for pasientene. Andre generasjonsmedikamentene har hovedsakelig metabolske bivirkninger som vektøkning og ugunstige endringer av blodsukker og blodlipider. Hormonforstyrrelser i form av økt prolaktin, sedasjon og intellektuell og emosjonell hemming er også vanlig ved noen av medikamentene. (Fakta om antipsykotika hentet fra Norsk legemiddelhandbok(4))

1.2 Lovgrunnlag

I Norge står selvbestemmelsesretten høyt, men ved noen unntak kan denne settes til side for å ivareta liv og helse. Ut fra psykisk helsevernloven (phlv) (5) kan tvangsbruken deles inn i tre hovedgrupper: tvungen observasjon/tvungent psykisk helsevern (tvangsinnleggelse), tvangsmiddelbruk (kortvarig) og tvangsbehandling.

Tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern kan bare gjennomføres hvis personen har en alvorlig psykisk sinnslidelse (hovedkriteriet), og det i tillegg er nødvendig for å hindre vesentlig forverring eller unngå å redusere muligheten for helbredelse eller vesentlig bedring, eller det er nærliggende og alvorlig fare for pasientens eller andres liv eller helse (jf. phlv §§3-2 og 3-3). Dette kan foregå i institusjon med døgnopphold, hvor pasienten kan holdes tilbake eller hentes inn ved unnvikelse, om nødvendig med tvang, eller det kan foregå i institusjon uten døgnopphold hvis dette vurderes som bedre for pasienten. Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD) kan bare omfatte pålegg om fram møte til undersøkelse eller behandling (jf. phlv. §3-5). TUD innebærer at pasienten ikke kan tvangsmedisineres i sin egen bolig eller i kommunehelsetjenesten, men medisinnekt kan føre til tvungen transport til spesialisthelsetjenesten og tvangsmedisinering der.

Tvangsmidler kan bare brukes når dette er nødvendig for å hindre personskade eller betydelig materiell skade, og kan brukes både på tvangs- og frivillig innlagte pasienter. Tvangsmidler omfatter mekaniske tvangsmidler (belter og remmer), isolasjon (stenge pasienten kortvarig inne bak låst dør uten personale tilstede), kortidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt, og kortvarig fastholdning (jf. phlv. §4-8). Skjerming innebærer at pasienten skal holdes helt eller delvis adskilt fra medpasienter og personell, og kan gjennomføres når dette er nødvendig på grunn av pasientens utagerende atferd eller psykiske tilstand (jf. phlv. §4-3). Dette sees som et mer skånsomt tiltak enn isolasjon. Det er ikke definert som et tvangsmiddel, men vedtak om dette fattes etter tvangsreglene og gir bl.a. klagerett til kontrollkommissjonen. Som hovedregel brukes tvangsmidler i korte perioder, for eksempel timer eller få dager.

Tvangsbehandling kan bare gjennomføres på tvangsinnlagte pasienter, og omfatter behandling med legemidler og ernæring (jf. phlv. §4-4). Denne oppgaven omhandler ikke bare tvang i psykisk helsevern/spesialisthelsetjenesten, men tvangsmedisinering uavhengig av hvilket nivå

i helsetjenesten dette foregår. TUD kan ses på som tvangsbehandling som kan gjennomføres i kommunen, da det som hovedregel inkluderer vedtak om tvangsbehandling/ medisinerer der pasienten gjerne bor i eget hjem eller kommunal bolig, og risikerer tvungen avhenting, innleggelse og behandling ved manglende samarbeid.

1.3 Tvangsdata fra Norge

I Helsedirektoratets rapport ”Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2012”(6) står det at omfanget av tvangstiltak i psykisk helsevern er usikkert, fordi det er store mangler i rapporteringen fra enkeltinstitusjoner til Norsk Pasientregister (NPR), og kontrollkommisjonens årsrapporter ikke er komplette. I tillegg vil tallene bare representere formell tvang. Tallene jeg presenterer her, har altså en viss usikkerhet. Jeg har hentet tall fra tvangsforskning.no(7) sine hjemmesider, som presenterer nøkkeltall fra NPR.

I 2012 ble 5461 pasienter tvangsinnlagt (både tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern), tilsammen 7766 ganger. Det er et historisk høyt antall tvangsinnleggelser, men allikevel relativt stabil siden 2003. Det er store geografiske variasjoner i antall tvangsinnleggelser, uten at man har pålitelig kunnskap om årsakene til denne variasjonen. Mange mulige årsaker er imidlertid identifisert. For eksempel er det slik at institusjonene med flest innleggelser, også har kortere liggetid. Det finnes ikke tall på TUD, men anslagsvis er det 1000-2000 pasienter hvert år som skrives ut fra tvungent psykisk helsevern med et vedtak om TUD. Mye tyder på at bruken av TUD øker.

De beste tallene på tvangsmidler er fra 2009, hvor tallene er basert på journalgjennomganger. I 2009 ble det fattet 8250 vedtak om bruk av tvangsmidler, som omfattet 4426 vedtak om mekaniske tvangsmidler (reimer), 269 vedtak om isolasjon, 1875 vedtak om tvangsmedisinering, og 1680 vedtak om holding.

I 2011 ble det fattet 1273 vedtak om tvangsbehandling med legemidler, og samme år ble 843 vedtak om tvangsbehandling påklaget til fylkesmannen. Både antall vedtak om tvangsbehandling med legemidler og antall klager om dette har holdt seg på et stabilt høyt nivå de siste årene.

Selv om tallene har stor usikkerhet, er det klart at tvangsmedisinering er noe som angår flere tusen pasienter årlig bare i Norge. Rapporten fra Helsedirektoratet (6) sier også at det er store forskjeller mellom foretaksområdene i antall fattede vedtak om tvang. Dette kan være tilfeldige variasjoner, men kan også skyldes ulikheter i hvordan psykisk helsevernloven praktiseres.

1.4 Tvang utenfor Norge

I de fleste Europeiske land er tvangsmedisinering mye brukt, men det er funnet stor variasjon i bruken av tvangsmedisinering mellom landene, fra 16 % de første to uker av innleggelse i Storbritannia, til 12 % i Italia, og 38 % i Hellas (8). Variasjonen i bruk av tvang mellom og innen land kan også delvis forklares ut fra ulike typer pasienter som behandles, ulikt lovverk, ulike rutiner for registrering av tvang og organisasjon av helsetjenesten (9). I blant annet Australia, Storbritannia og USA er tvungen medisinering førstevalg som kortvarig tvangsmiddel i krisesituasjoner, mens i Nederland er det isolasjon som brukes oftest som tvangsmiddel i krisesituasjoner, i 59 % av tilfellene. I Nederland er det strengere enn i det norske lovverket og tvangsmedisinering ses på som en mer alvorlig krenkelse av en persons integritet enn isolasjon, og utgjør bare 22 % tvangsmiddelbruken (10). I Storbritannia derimot sees mekaniske tvangsmidler (belter m.m.) på som negativt, og brukes ikke (8).

1.5 Tvang uten døgnopphold

”Community treatment order”, ”compulsory community care” og ”outpatient commitment” (OC) er noen av navnene som brukes på TUD i andre land. Jeg kommer til å bruke termen OC på praksisen i andre land. Dette ble først innført på 1980-tallet i Australia og USA og finnes i dag i over 70 ulike domsmyndigheter (11). Praksisen varierer litt fra land til land med hensyn til om pasientene må ha vært innlagt først, eller om det kan fattes vedtak for pasienter i poliklinisk behandling. Felles for alle land er at medikamentetterlevelse er et krav for at pasienten skal forbli i poliklinisk behandling, og ikke avhentes eller legges inn og behandles med tvang. I Norge kreves det imidlertid en spesiell behandlingsordre for at medikamenter skal være en del av TUD. Poenget med denne praksisen er at pasienten skal kunne bo hjemme og motta behandling poliklinisk eller hos fastlegen, oftest som depotinjeksjon, noe som gjerne sees på som en mindre inngripende løsning (12).

1.6 Noen argumenter for og mot bruk av tvang

Hentet fra: "Coercion in psychiatric care: clinical, legal, and ethical controversies" (9).

Pasientautonomi, som vil si pasienters frihet til å velge og at deres ønsker respekteres, og det at behandling skal være for pasientenes beste og ikke skal skade pasienten, er viktige grunnprinsipper i medisinsk praksis. I psykiatri er det imidlertid ikke alltid mulig å opprettholde disse punktene samtidig, for eksempel kan pasientens ønsker være i strid med pasientens beste slik helsepersonell vurderer det. De fleste er enige om at dersom pasienten representerer en fare for seg selv eller andre, må autonomien vike, men det er mer omstridt hvorvidt pasienters autonomi skal taes hensyn til utenom faresituasjoner.

Hovedargumenter for bruk av tvang er at en psykotisk pasient mangler innsikt i egen situasjon og ikke er i stand til å ta en meningsfull beslutning om behandling (mangler samtykkekompetanse). Et motargument her er at også psykotiske pasienter kan være i stand til å ta gode avgjørelser. Andre igjen hevder at det er uetisk å tvangsmedisinere pasienter, gjerne ut fra plikten til å respektere pasientens selvbestemmelsesrett eller fordi de mener hensynet til pasientens beste tilsier andre løsninger - som regel med unntak for faresituasjoner.

De fleste pasienter blir bedre etter behandling med antipsykotika, og det å forbli i en ubehandlet psykose har blitt vist å redusere langtidsprognosen. Imidlertid er det vist at 15-20 % av pasienter med schizofreni ikke responderer på antipsykotika, mens noen bare oppnår effekt sammen med alvorlige bivirkninger av medikamentene.

Å tvangsbehandle pasienter for å hindre voldelige episoder er det også argumentert mot ved at det er svært vanskelig å forutse hvilke pasienter dette gjelder og at voldelige hendelser er sjeldne. Dermed måtte det utøves tvang på et stort antall pasienter for å hindre farlige hendelser. Det er også uklart i hvilken grad tvang hindrer voldelige episoder i det lange løp. Det kan tenkes at pasientens frustrasjon og sjansen for å bli voldelig øker i etterkant av en tvungen medisinerings.

2 Metode

Jeg har foretatt to ulike litteratursøk i Medline fra juni til august 2014. Det ble ikke søkt i andre databaser da datasettet fra Medline var ganske omfattende, og det ikke var plass til dette innenfor rammene av en prosjektoppgave.

Jeg formulerte et PICO-spørsmål til hjelp for å sette opp en søkestrategi:

Populasjon: psykisk syke pasienter

Intervensjon: tvungen medisinerings

Kontroll: evt. alternativ til tvungen medisinerings

Utfall: alle følger og effekter av tvangsmedisinerings var relevante for oppgaven.

Det første søket inneholdt ulike kombinasjoner av søkeord relatert til tvang, psykiatri og medisinerings (se vedlegg nr. 1 for søkestrategi). Søket ble begrenset til artikler som hadde sammendrag og som var på språk som var lett forståelige- engelsk, norsk, dansk og svensk. Jeg begrenset søket til ikke å omfatte artikler som var publisert før 1994. Grunnen til denne avgrensingen var dels at det ble ansett som tilstrekkelig og at de historiske variasjonene i praksis og lovverk blir mer omfattende jo lenger tilbake i tid man går, slik at det blir svært utfordrende å si noe om hva resultatene betyr for dagens situasjon.

Jeg leste tittel/sammendrag for alle treffene og inkluderte empiriske studier og systematiske oversiktsartikler som omhandlet tvangsmedisinerings i psykisk helsevern og følger eller effekter av dette. Bare studier med voksne psykiatriske pasienter ble inkludert, mens studier med stoffmisbrukere eller kriminelle ikke ble tatt med. Artikler med sammendrag som oppfylte disse kriteriene, eller hvor jeg ikke ut fra sammendraget kunne si det sikkert, ble hentet frem i fulltekst. Ved tvil ble abstractet og fulltekstartiklene også vurdert av veileder. Stort sett alle metodiske design ble inkludert, men case-reports hvor kun én klinisk situasjon ble gjennomgått ble ikke tatt med. Dvs. at søket inkluderte kvalitative og kvantitative studier, og både deskriptive/kartleggende og intervensjonsstudier.

Det andre søket ble gjort for å finne artikler som handlet om tvang uten døgnopphold/ outpatient commitment (OC). Søkestrategien var den samme som beskrevet over, men i tillegg ble det tatt med søkeord for å dekke alle artikler om OC. Jeg brukte de samme søkeordene for OC som ble benyttet av Maughan og medarbeidere i 2014. På dette området er det gjort mye forskning og laget flere systematiske oversikter de siste årene, og jeg valgte

derfor kun å ta med systematiske oversikter om følger eller effekter av OC. Av denne grunn ble heller ikke artikler om OC fra det første søket tatt med.

Det har ikke blitt gjort noen vurdering av kvaliteten på studiene. Det var ikke nok tid til dette innenfor studentoppgavens rammer og det var også utfordrende å finne ett velegnet vurderingsverktøy som kunne brukes på alle de ulike studietypene som var brukt i de inkluderte studiene.

3 Resultater

Se hovedfunn fra studien i Vedlegg nr. 2.

Det første søket gav 264 treff, og 45 av disse artiklene ble hentet frem i fulltekst. Mange av disse ble ekskludert fordi de omhandlet årsaker til tvangsmedisinering og karakteristika på pasientene i studien. Artikler som tok for seg følger av tvang generelt, og ikke rapporterte spesifikt om følger av tvangsmedisinering, ble heller ikke inkludert da det ble for uspesifikt for min oppgave. Til slutt endte jeg opp med 13 relevante artikler fra dette søket.

Det andre søket ga 186 treff, og av disse var det 19 som var såkalte ”reviews”. Oversikter som ikke hadde en systematisk litteraturgjennomgang, eller manglet eksplisitt forklaring om metoden, ble ekskludert. Det var kun én av oversiktsartiklene som oppfylte kriteriene for en systematisk oversikt. I tillegg ble to studier som ikke ble fanget opp i Medline-søket inkludert. Dette var en systematisk rapport fra Cochrane som ble publisert i 2014 (13), og antakelig var for ny til å være indeksert i Medline, og en grundig rapport fra Churchill og medarbeidere om OC fra 2007 (11), som heller ikke kom med i søket. Disse ble identifisert gjennom tips fra eksperter på fagområdet.

Det ble forsøkt å skille artiklene fra det første søket etter om de handlet om medisinering gitt som tvangsmiddel eller tvangsbehandling. Studier hvor medisinering var gitt som krisehåndtering ved akutte innleggelses og akutte situasjoner, definerte jeg som tvangsmiddel. Tvangsbehandling ble definert som når medisineringen var gitt som langvarig behandling, eller deler av en langvarig behandling. 6 av artiklene tok bare for seg medisinering som tvangsmiddel på innlagte pasienter (8, 14-17), og resten tok for seg tvungen medisinering mer generelt, eller hadde ikke definert om det var snakk om tvangsbehandling eller tvangsmiddel (18-25). I dette kapitlet presenteres artiklene i to bolker ut fra dette. De aller fleste studiene, hadde et pasientperspektiv (8, 14-16, 18, 21-24). En av artiklene tok bare for seg psykiateres synspunkt (25) og tre av artiklene undersøkte både ansatte og pasienters syn (17, 19, 20). Det var ingen studier som hadde et pårørendeperspektiv, og samtidig oppfylte inklusjonskriteriene mine. Det var 9 kvantitative studier (8, 14-18, 21-24), tre kvalitative studier (19, 22, 25) og en oversiktsartikkel med både kvalitative og kvantitative studier (20). De kvantitative studiene var for det meste deskriptive/kartleggende studier basert på spørreskjemaer og strukturerte

intervjuer, men det var også en kohortstudie (23), en randomisert, kontrollert studie (15), og en artikkel var en observasjonsstudie (8).

Siden det ikke var svært mange inkluderte studier, har jeg valgt å referere relevante funn fra hver enkelt av dem, og komme med et sammendrag av de viktigste funnene til slutt. Jeg har sortert artiklene etter hva slags type tvangsmedisinering det handler om.

3.1 Medisinering som tvangsmiddel

I en kvantitativ studie undersøkte Whittington og medarbeidere (17) brukere og ansattes syn på tvang i akuttpsykiatriske innleggelser. Fra 131 akuttpsykiatriske avdelinger i England ble 10 tilfeldig valgte pasienter fra hver avdeling, og alle ansatte i hver avdeling rekruttert. Til sammen var det 1361 pasienter, og 1226 ansatte med i studien. Alle fikk utdelt et spørreskjema hvor de skulle vurdere ulike containment measures (tiltak brukt til å få kontroll over situasjoner), og oppgi om de hadde blitt utsatt for noen av dem. De 11 mest brukte tiltakene i Europa var listet opp: oral medisinering ved behov gitt med samtykke, tvungen intramuskulær medisinering, beltelegging, intermitterende observasjon, konstant observasjon, time out, overføring til psykiatrisk intensivenhet, isolasjon, skjerming og nettingsenger (definert som en en metallramme som kunne låses, med netting på sidene, boltet til en seng). Hvert av tiltakene skulle vurderes med hensyn på effektivitet, akseptabilitet og grad av respekt, sikkerhet for ansatte. Pasienter svarte på villighet til å gjennomgå tiltaket mens ansatte svarte på villighet til å bruke det. Ut fra dette fikk hvert tiltak en score fra 6-30. Studien fant blant annet at tvungne intramuskulære injeksjoner var noe av det pasientene var mest imot, med en gjennomsnittlig score på 18/30 hos pasientene. Bare nettingsenger og beltelegging fikk dårligere score. Dersom pasienter tidligere hadde opplevd injeksjoner, var det assosiert med større motstand mot dette tiltaket. Generelt var personell mer positive til tvangsbruk enn pasientene, og ansatte var ikke spesielt imot tvungne injeksjoner. Hos ansatte var det en tendens til i større grad å godta tvangsformer de tidligere hadde anvendt.

Dack og medarbeidere (14) utførte også en kvantitativ studie ved hjelp av det samme spørreskjema om containment measures som ble brukt av Whittington og medarbeidere (se over). Pasientene skulle fylle ut skjemaet, og oppgi om de hadde vært utsatt for tiltaket eller ikke. Studiens hensikt var å undersøke sammenhengen mellom bruk av containment measures og pasienters opplevelser og vurdering av hvert tiltak. Pasienter ble rekruttert fra 136 tilfeldig

valgte akuttpsykiatriske avdelinger i nærheten av tre regionale sentre i Storbritannia. Et tilfeldig utvalg på 10 pasienter fra hvert sted som ble vurdert som friske nok, ble bedt om å besvare spørreskjemaet. Sykepleiere på de samme avdelingene ble bedt om registrere frekvens av konfliktoppførelse hos pasienter ved hjelp av en sjekklister ved hvert vaktskifte, over en 6 måneders periode. Til sammen 45 989 sjekklister ble fylt ut. Bruken av tvangstiltak ble også registrert. Det viste seg at det var god korrelasjon mellom frekvensen av hvert tiltak rapportert av personell og av pasienter. Studien fant blant annet at på avdelinger hvor intramuskulære injeksjoner ble gitt ofte, hadde alle pasientene, både de som hadde mottatt injeksjoner og de som ikke hadde det, mer negative holdninger til alle typer av tvangsmidler. Denne assosiasjonen ble ikke funnet for de andre tvangsmidlene.

I en kvantitativ studie av Veltkamp og medarbeidere (16) ble pasienters syn på isolasjon og tvangsmedisinering sammenlignet. 104 pasienter fra tre akuttpsykiatriske avdelinger i Nederland besvarte et spørreskjema før de ble utskrevet. Et likt antall pasienter foretrakk hvert tiltak, men flest menn foretrakk isolasjon, og flest kvinner foretrakk tvungen medisinering. Hva pasientene selv hadde opplevd av tvangstiltakene, hadde ikke betydning for hva de foretrakk. Av de som hadde blitt tvangsmedisinert, var beroligende effekt den mest rapporterte positive effekten, mens maktesløshet og bivirkninger var de mest rapporterte negative effektene. Nesten alle (80%) indikerte at de likte å bli spurt om hva de foretrakk, resten svarte ikke på spørsmålet. Pasientene hadde like stor motvilje mot, og beregnet de to tiltakene som like effektive. 76% av pasientene som hadde blitt isolert, og 67% av de som hadde blitt tvangsmedisinert, forsto tiltaket i ettertid. Hvis pasientene forsto hvorfor tiltaket var nødvendig og godtok det i ettertid, hadde pasientene et mer positivt syn på det og så på tiltaket som mer effektivt. Ingen av disse målene (forståelse, generelt syn på tiltaket og vurdering av effektivitet) var relatert til hvor stor motvilje pasientene hadde mot et tiltak.

Georgevia og medarbeidere (15) sammenlignet også isolasjon og tvangsmedisinering i en RCT. Det ble det undersøkt om det tvangsmiddelet som ble brukt som førstevalg av behandlerne i en krisesituasjon, hadde betydning for bruk av tvang i resten av oppholdet til pasienten. Alle innleggelses på tre akuttpsykiatriske avdelinger i Nederland ble randomisert til å få enten tvangsmedisinering eller isolasjon som førstevalg. 85 av pasientene ble utsatt for ett eller flere tvangstiltak. Hovedfunnet fra studien var at den totale bruken av tvang ikke var forskjellig mellom de to gruppene, altså at det i løpet av en innleggelse ikke ble utøvd mer eller mindre tvang mot pasientene dersom tvangsmedisinering istedenfor isolasjon ble brukt

som førstevalg.

I en kvantitativ observasjonsstudie undersøkte Bowers og medarbeidere (8) hva som forutgikk og fulgte en tvungen intramuskulær injeksjon i løpet av et sykehuskift. Pasienter fra 84 akuttpsykiatriske og intensivavdelinger i London deltok. Minst 3 pasienter som var innlagt i minst to uker, ble rekruttert fra hvert sted. Ansatte registrerte det som ledet til bruk av tvangsmiddel, hvilket tvangsmiddel som ble brukt, og følger av dette for de aktuelle pasientene. Av totalt 522 pasienter som deltok var det 94 som fikk minst én tvungen intramuskulær injeksjon i løpet av studieperioden. Hovedfunnet fra studien var at tvangsmedisinering var effektivt i å stoppe konfliktoppførsel; 65 % av konfliktene ble rapportert som løst i løpet av vekten ved hjelp av dette.

3.2 Studier som handler om tvangsmedisinering generelt¹.

Lucksted og medarbeidere (21) gjorde en kvantitativ studie på pasienter som fikk behandling i syv psykososiale rehabiliteringssentre i Maryland, USA, om deres opplevelser med og holdninger til tvang. Frivillige brukere av psykiske helsetjenester hadde fått opplæring i å administrere et spørreskjema, som ble delt ut til frivillige pasienter på hvert sted, til sammen 105 deltakere. 30 av disse pasientene svarte på spørsmål om tvangsmedisinering. Resultatene herfra viste at 7 hadde følt seg redde og 6 sinte da de hadde blitt tvangsmedisinert. 12 var redde for hva som ville skje hvis de nektet medisiner og 8 fryktet for tvangsinnleggelse spesielt. Av 28 pasienter var det 15 som i ettertid syntes at tvangsmedisineringen hadde vært til eget beste. 7 av pasientene mente imidlertid at det ikke hadde vært til deres beste, og 6 var usikre. 9 av 27 sa det hadde vært overveiende positivt for deres mentale helse, 9 oppga blandet opplevelse med både positive og negative effekter, 3 overveiende negativ effekt, og 6 ingen effekt av tvangsmedisineringen.

En kvalitativ studie av Haglund og medarbeidere (19) spurte pasienter og sykepleiere fra fem lukkede psykiatriske avdelinger i Sverige, om deres syn på effekten av tvangsmedisinering. Til sammen 11 pasienter, som var friske nok og hadde mottatt tvungen medisinering under

¹ Når jeg skriver tvangsmedisinering generelt, mener jeg at det ikke er presisert eller ikke er nok informasjon i artikkelen til å vurdere om det er snakk om medisinering som tvangsmiddel i krisesituasjon, eller mer langvarig tvangsbehandling.

oppholdet, ble intervjuet. Pasientene rapporterte negative følelser, som sinne, tristhet og panikk relatert til tvangen. Bare 4 av pasientene godtok tvangen i ettertid. Resten så ikke på det som noe hjelp. Studien inkluderte også intervjuer med 8 av sykepleierne som hadde gitt tvangsmedisinering eller assistert. Sykepleierne rapporterte at det ikke var noen psykisk reaksjon hos de fleste pasientene etter tvangsmedisinering, og ifølge dem var det syv av pasientene som godtok tiltaket i ettertid. Sykepleierne syntes å fokusere på de positive effektene, som bedring av helse, mens pasientene fokuserte mer på de negative, som bivirkninger. Alle pasientene nevnte minst et alternativ til tvangsmedisinering, som blant annet mer dialog med ansatte, mer informasjon om egen helsetilstand, og mer overtalelse. Ingen av sykepleierne oppga noen alternativer, de mente det kun ville vært korttidstiltak.

Greenberg og medarbeidere (18) utførte en kvantitativ studie der de intervjuet pasienter som hadde blitt tvangsmedisinert, om deres holdninger til tiltaket. De kontaktet 65 pasienter cirka én måned etter utskrivelse fra akuttpsykiatriske avdelinger i New Jersey. Totalt 30 pasienter ble intervjuet, da flere av de som ble kontaktet allerede var reinlagt, ikke husket tiltaket, eller ikke ville delta. Pasientene skulle svare enig, uenig eller usikker til spørsmålene. I de fleste tilfellene var tvungen medisinering gitt som tvangsmiddel i krisesituasjon, men noen hadde fått det som en del av behandlingen. Også i denne studien oppga pasientene negative følelser som sinne, hjelpeløhet, redsel og skam som følger av tvangsmedisinering. 57 % av pasientene hadde nektet medisinering fordi de var redde for bivirkninger. 43 % mente leger ikke burde ha lov til å gi tvungen medisinering. Av intervjuene fremkom imidlertid også noen positive resultater om tvangsmedisinering. 23 % av pasientene oppga å ha følt lettelse. 60 % av pasientene mente at å ha blitt tvangsmedisinert hadde vært en god ting, og 43 % mente at de burde bli tvangsmedisinert igjen dersom de befant seg i en lignende tilstand. 53 % mente det var mer sannsynlig at de ville ta medisin frivillig i fremtiden.

Jarrett og medarbeidere (20) har laget en systematisk oversikt over demografiske og kliniske faktorer til innlagte pasienter som hadde mottatt tvangsmedisinering, og pasienter og ansattes syn på denne praksisen. De utførte et litteratursøk i flere databaser, og alle artikler om tvangsmedisinering på innlagte pasienter fra 1980 til 2008 ble inkludert. Til sammen 14 artikler ble inkludert, og 6 av disse handlet om pasienter og ansattes syn. Jeg vil bare referere tre av artiklene som Jarrett omtaler i dette avsnittet, da de tre andre var artikler som jeg omtaler separat i andre avsnitt av denne oppgaven (18, 19, 21), siden de også kom frem i mitt litteratursøk.

Schwartz (Swartz, 88) gjorde kvalitative intervjuer med 25 pasienter ved utskrivelse om deres evne til å motsette seg behandling når de var syke. Pasienter med tidligere god medikamentetterlevelse ble sammenlignet med de som ikke hadde det. Funn fra denne studien var blant annet at de med dårlig etterlevelse var sterkt uenige i å ha blitt innlagt og behandlet, og mente at det ikke hadde hjulpet dem. De som hadde god etterlevelse, mente at innleggelse og behandling hadde vært nødvendig og burde gjentas ved en lignende situasjon. Begge gruppene var i enige i at psykiatrisk behandling generelt var hjelpsomt.

Naber (Naber, 96) gjorde kvalitative intervjuer 40 pasienter om deres holdninger til tvangstiltak. Det ble funnet at pasientene mente tvangstiltak ble utført for tidlig og upassende. De syntes imidlertid beltelegging var verre enn tvangsmedisinering.

Lind (Lind, 04) undersøkte ansattes syn på tvangstiltak kvantitativt. 170 besvarte en spørreundersøkelse hvor ulike tvangstiltak var listet opp, og vurderte hvilke tiltak som var mest etisk utfordrende. Det ble funnet at de ansatte så på noen tvangsformer som verre enn andre. Blant annet ble tvangsmedisinering hyppigst rapportert som det mest etisk utfordrende av de ulike tvangsformene, mens å overtale pasienter til å ta orale medikamenter, ble rangert som det minst etisk vanskelige.

I en kvantitativ studie av Roche og medarbeidere (24) ble det undersøkt faktorer av betydning for den terapeutiske relasjonen. Pasienter innlagt på tre ulike psykiatriske sykehus i England, ble bedt om å utfylle et spørreskjema om forholdet til sin konsulterende psykiater. Ved et av sykehusene hadde pasientene samme konsulterende psykiater som de hadde hatt i poliklinisk behandling, mens ved de andre to sykehusene hadde pasientene en annen psykiater enn de hadde hatt i poliklinisk behandling. 122 pasienter fullførte undersøkelsen. Det ble også registrert demografiske og kliniske faktorer ved hjelp av intervjuer med pasientene. Målet med studien var å finne hvilke faktorer som hadde betydning for den terapeutiske relasjonen. Tvungen innleggesstatus og høyere opplevd press ved innleggelse, var noe av det som hadde negativ virkning på den terapeutiske relasjonen, mens blant annet større innsikt og hvor fornøyde pasientene var med behandlingen, og prosessuell rettferdighet hadde positiv innvirkning. Opplevd tvang ved innleggelse på sykehus hadde ikke betydning, og det ble heller ikke funnet forskjell i den terapeutiske relasjonen for de som hadde opplevd isolasjon, beltelegging eller tvangsmedisinering.

I en oppfølgingsstudie av Paksarian og medarbeidere (23) fra New York, ble en gruppe på 628 pasienter fulgt opp etter deres første innleggelse med psykose, og intervjuet ved flere tidspunkter i løpet av en 10 års periode. Målet med studien var å finne ut om opplevd traume under innleggelsen hadde sammenheng med behandlingsdeltakelse. Pasientene skulle blant annet svare på om de hadde opplevd traumatiske hendelser i løpet av den første innleggelsen. 395 pasienter fullførte denne delen av studien. 67 % svarte ja på opplevd traume. 37 % av pasientene rapporterte tvangsmedisinering som en traumatisk hendelse, mens tvungen innleggelse og beltelegging ble rapportert som traumatiske hendelser av flere; henholdsvis 62 % og 40 %. Studien fant også at tvungen medisinering var signifikant assosiert med redusert tid i behandling over 10-årsperioden. Denne assosiasjonen var sterkere for pasienter med schizofreni. Det ble ikke funnet evidens for at større symptombedring var en årsak til kortere tid i behandling hos de som ble tvangsmedisinert, og forfatterens hypotese er at dette henger sammen med redusert engasjement i egen behandling.

I en kvalitativ studie av Mancini og medarbeidere (22) ble 15 friske personer med tidligere alvorlig mental sykdom intervjuet. De var alle etablerte ledere i "consumer provision of mental health services" i USA. De ble bedt om å fortelle om erfaringer som hadde betydning for bedring av sykdommen. I intervjuene kom det blant annet frem at de syntes at medikamenter var en viktig del av behandlingen, men dersom medisinene var feildosert eller gitt med tvang, førte det til forvirring og hindret dem i å føle klarhet og stabilitet som var nødvendig for å bli bra. I slike situasjoner opplevde pasientene at fokus på symptomreduksjon var større enn fokus på dem som person, og de kunne sitte igjen med en følelse av å ikke være gode nok og en lavere selvoppfattelse.

I en kvalitativ studie av Seale og medarbeidere (25) ble 32 praktiserende psykiatere fra to helsesentre i England kontaktet, og 21 av disse deltok i studien. De ble intervjuet om deres syn på behandling med antipsykotika, hovedsakelig poliklinisk. Studien viste blant annet at psykiaterne også var skeptiske til bruk av tvang, og prøvde å unngå dette. De følte at dette skadet den terapeutiske alliansen. Noen prøvde å bedre situasjonen ved å diskutere med pasienten på forhånd når tvang kunne komme til å bli aktuelt, og de forsøkte å reparere relasjonen etter tvang når pasientene var blitt bedre.

3.3 Tvang uten døgnopphold

Churchill og medarbeidere (11) laget en systematisk oversikt over evidens på OC, ved å bruke omfattende søkestrategier i alle aktuelle databaser. Alle relevante studier ble hentet frem i fulltekst, og det ble gått gjennom referanser. Studier fra alle land, på alle språk, av alle kvaliteter og med alle design, ble inkludert. I tillegg ble flere artikler identifisert blant annet ved kontakt med dem som jobbet i feltet. De endte opp med 72 empiriske studier relatert til bruken av OC. 47 fra USA, 10 fra Australia, 5 fra New Zealand, 4 fra Canada, 3 fra Storbritannia, 2 fra Israel og en verdensomfattende.

Av studier som rapporterte effekt av OC, var det 9 primærstudier, av disse 2 randomiserte, kontrollerte studier (RCT'er), og 7 ikke-randomiserte studier. Alle studiene hadde innleggelsesrate som et utfallsmål. Andre utfallsmål var lengde på innleggelse, kontakt med helsevesen, behandlingsetterlevelse, sosial funksjon, voldelig/truende oppførsel, arrestasjoner, arbeidsledighet, bosted, mental status, livskvalitet, være offer for kriminelle handlinger, fornøydhet med behandling, opplevd tvang og bivirkninger. De to RCT'ene viste ingen statistisk signifikant effekt av OC på noen av utfallsmålene. To store kohortstudier viste at pasientene i OC hadde økt sannsynlighet for reinnleggelse sammenlignet med kontroller. Forfatterens hypotese er at dette skyldes at pasientene i OC-gruppen var mer alvorlig syke enn kontrollene. En studie fant at det var økt bruk av helsetjenester på kort sikt hos pasientene på OC. Det ble funnet noe evidens for økt sannsynlighet for å bo hjemme etter 6 måneder for pasienter på OC, og én studie viste mulig symptombedring hos pasienter på OC. Effekt på de aller fleste av de andre utfallsmålene var ikke signifikante, og det var motstridende funn på effekten av OC på arbeidsledighet.

Det var også 21 deskriptive studier i form av tverrsnittstudier som viste overveiende positive virkninger av OC på flere av utfallsmål. Disse studiene var imidlertid beheftet med mange metodologiske problemer, som mangel som randomisering, mangel på kontroller og mangel på kontroll av omgivelsene. Det var derfor ikke klare nok årsaksforhold til å kunne konkludere noe om effekt av OC ut fra disse studiene.

18 studier tok for seg pasienters, pårørendes eller ansattes syn på OC. Disse studiene var kvalitative eller tverrsnittstudier. Disse viste at synet på OC var blandet, og at mange hadde positive oppfatninger. Det var også forskjeller i hva som ble oppfattet som verdifulle utfall av

OC, men å unngå innleggelser var hovedprioriteten i alle gruppene. Mange pasienter fra New York og New Zealand så det som positivt med økt kontakt med helsevesenet og hjelp til medisiner, mens bivirkninger, sosialt stigma, og mangel på kontroll var noe av det som pasientene beskrev som negativt med OC. Det så ikke ut til at utfall av OC hadde betydning for oppfattelsen av tiltaket, men pasientens syn på sin sykdom og behov for behandling hadde betydning. Klinisk bedring opplevd av pasientene ble ikke tilskrevet OC, utenom i en mindre gruppe som hadde vært i OC lengre enn 6 måneder. Familiemedlemmer var generelt positive til OC, men var også bekymret for om støtten i samfunnet var god nok og informasjon til pårørende. De følte også at OC bare var hjelpsomt for en begrenset gruppe pasienter. Psykiatere var hovedsakelig positive til OC, men også her var det variasjoner. I New Zealand syntes de fleste psykiatere at fordeler med OC overveide effekten av tvang på pasientene, mens i Canada var psykiaterne opptatt av brudd på pasientenes rettigheter og manglende dokumentert effekt av OC. Både psykiatere i New Zealand og Canada oppga behov for behandling og pasientvelferd som kriterier for bruk av OC.

Totalt sett, ut fra denne oversikten, var det ikke mulig å komme med noen konklusjon om effekten av OC. Det manglet konsistente funn for viktige utfallsmål, som reinnleggelser på sykehus, lengde på sykehusopphold, økt medikamentetterlevelse og livskvalitet hos pasientene. Det ser altså ut til at OC kan ha både positive og negative effekter, at dette varierer fra studie til studie og også innen studiene. Pasientene hadde ulike effekter og ulike erfaringer og syn på tiltaket, og de var ikke noen klar tendens i den ene eller andre retningen etter å ha oppsummert all forskning som finnes.

For å bringe kunnskapsoppsummeringen fra Churchill og medarbeidere sin oversikt "up to date", gjorde Maughan og medarbeidere (26) et søk med samme søkestrategi i flere databaser, men begrenset søket til artikler publisert etter januar 2006, frem til mars 2013. Bare kvantitative artikler som hadde antall innleggelser og dager innlagt på sykehus, bruk av polikliniske tilbud og medikamentetterlevelse som utfallsmål ble inkludert. Dermed hadde denne oppsummeringen et smalere fokus enn Churchill og medarbeidere. Artikkene skulle også være engelskspråklige og med kvantitative, eksperimentelle eller epidemiologiske design. Referanser i de aktuelle artiklene ble gjennomgått.

18 studier oppfylte kriteriene. Heller ikke her ble det funnet klare positive eller negative effekter. To store datasett var brukt i flere studier. De studiene som brukte et datasett fra

Australia, fant hovedsakelig at OC var assosiert med flere innleggelser og dager i sykehus, mens studiene som brukte et datasett fra New York fant det motsatte. Syv av 12 studier som rapporterte innleggelser, fant reduksjon i innleggelser, og 4 av disse fant at denne assosiasjonen var større dersom OC varte i mer enn 6 måneder. 4 av studiene fant en økning i innleggelser, og én studie fant ingen effekt på dette utfallet. Syv av 10 studier som rapporterte totalt antall dager i sykehus, fant en reduksjon for pasienter i OC, to studier fant en økning og tre studier fant ingen signifikant forskjell. De tre studiene som hadde medikamentetterlevelse som et utfallsmål, fant at OC var assosiert med bedret etterlevelse, og at denne assosiasjonen ble sterkere med lengre varighet av OC. Av de 10 studiene som rapporterte bruk av polikliniske tilbud, var det 4 som rapporterte økt bruk, to som rapporterte redusert bruk, mens resten rapporterte ingen effekt av OC.

Den siste oversiktsartikkelen om OC som jeg har identifisert er fra Cochrane av Kisely og medarbeidere (13). De utførte søk i et register kalt "Cochrane Schizophrenia group" 2003 og 2008, og oppdaterte søket i 2012. Registeret inneholder studier på behandling, rehabilitering og håndtering av problemer relatert til intervensjoner for de med alvorlig mental sykdom. Referanser for alle de inkluderte studiene ble funnet frem til, og forfattere av hver inkluderte studie ble kontaktet. Alle relevante RCT'er om OC sammenlignet med standardbehandling for personer med alvorlig mental sykdom ble inkludert. Studien ble vurdert og kvalitetsvurdert på en etterprøvable måte, og det ble hentet ut data fra de artiklene som ble selektert ut. For binære utfall ble det kalkulert relativ risiko (RR) og 95 % konfidensintervall (CI), "number needed to treat" (NNT) og skadestatistikk (H) hvor dette var mulig. Det var kun to RCT om OC som oppfylte kriteriene. Begge var fra USA. Ut fra disse studiene ble det, som beskrevet for de to andre systematiske oversiktene over, konkludert med at det var lite evidens for effekt av OC. Hovedfunn fra studien var at det ikke var noen sikker estimert effekt av OC på reinnleggelser på sykehus, sosial funksjon, mental status, livskvalitet, hvor fornøyde pasientene var med behandling, og bruk av helsetilbud og medikamentetterlevelse ved 12 måneders oppfølging. Det ble imidlertid funnet at risikoen for å bli offer for voldelig eller ikke-voldelige forbrytelser, ble redusert med en RR på 0,5 (CI 0,31-0,8). NNT var 85 for å hindre én reinnleggelse, 27 for å hindre én episode med hjemløshet, 6 for å få reduksjon i risiko for å bli et offer for kriminalitet.

4 Diskusjon

Jeg ekskluderte ikke artikler på bakgrunn av kvalitet, da det var relativt få relevante studier, og det ville blitt for omfattende å skulle kvalitetsvurdere hver enkelt artikkel i denne prosjektoppgaven. Jeg har også inkludert studier med ulike design og metode, og dette gjør at studiene varierer med hensyn til blant annet antall deltakere, utførelse, hva som er registrert og hvordan registreringen har foregått. Jeg har for eksempel inkludert både kvalitative og kvantitative studier. Jeg ønsket å presentere mest mulig av forskningen på området, og å få frem flere aspekter av følger og virkning av tvangsmedisinering. Det er imidlertid flere svakheter ved studiene og forskjeller mellom dem som det er verdt å nevne.

4.1 Randomiserte, kontrollerte studier som forbilde

Randomiserte, kontrollerte studier (RCT) regnes som gullstandard for effektmål i medisinsk forskning. Denne typen studie går ut på at en pasientpopulasjon fordeles tilfeldig til to grupper, der den ene gruppen gjennomgår en behandling, for eksempel et nytt legemiddel, mens den andre gruppen får noe annet, ofte placebo eller den behandlingen som har vært vanlig å gi. Ideelt sett skal de to gruppene være mest mulig like hverandre og deltakerne skal være representative for den gruppen intervensjonen er aktuell for. Studiene skal også helst være dobbelt blindet, det vil si at både personell og pasienter er uvitende om hvilken behandlingsgruppe pasienten hører til.

Disse kravene er vanskelig å oppfylle når det gjelder forskning på psykisk syke pasienter og bruk av tvang. Som vist i resultatene er det blitt gjennomført RCT'er for effekten av tvang uten døgnopphold (TUD), der pasienter ble randomisert til TUD eller standardbehandling. Jeg fant kun én RCT som omhandlet tvangsmedisinering på innlagte pasienter. Denne sammenligner imidlertid to typer tvang, fremfor å sammenligne effekten av tvang mot å ikke bruke tvang (15). Disse RCT'ene var ikke blindet, hvilket det heller ikke er mulig å få til i slike studier, siden intervensjonen er tvangsmedisinering og kontrollen er ikke-tvang eller en annen type tvang.

Det er flere grunner til at det har vært problematisk å få gjennomført RCT'er på innlagte psykiatriske pasienter, eller pasienter med et vedtak om TUD. Det er delvis grunnet etiske og praktiske problemer. Blant annet skal tvangsmedisinering kun utføres som siste utvei dersom

dette er helt nødvendig for å hindre skade på personer eller eiendom (farekriteriet) eller hindre vesentlig tap av bedring (behandlingskriteriet), og frivillighet ikke er mulig (se lovgrunnlag i introduksjonen). Denne gruppen pasienter blir det derfor vanskelig, ut fra lovgrunnlaget, å randomisere til å tvangsmedisineres eller ikke.

Et annet aspekt som gjør det vanskelig å forske på mentalt syke pasienter, er at det skal oppnås samtykke fra de som skal delta i studien, etter at de har fått grundig informasjon om sine rettigheter og studien de skal delta i. Pasientene skal også være samtykkekompetente. Ifølge Helsinikideklarasjonen (27) kan det også oppnås samtykke fra en lovlig autorisert representant for pasienten dersom han eller hun regnes som ikke samtykkekompetent. Dette kan bare gjøres dersom den samme forskningen ikke kan gjøres på pasienter som kan gi samtykke, og det må være stor sannsynlighet for at personen selv, eller gruppen det forskes på vil tjene på det. Dette gjør at mange av studiene ikke har med gruppen pasienter som ikke er samtykkekompetente, og dermed blir ikke utvalget representativt for alle psykiatriske pasienter. Gruppen pasienter som regnes som ikke samtykkekompetente, vil i stor grad representere den sykeste gruppen, som kanskje er de som oftest utsettes for tvang, og som kanskje også har dårligere effekt av medisinerings. Det motsatte (bedre effekt) er også en mulighet.

Blant annet hadde flere av artiklene jeg har tatt med, som et av inklusjonskriteriene for deltakere i studien at de skulle være "friske nok" (14, 19). På denne måten holdt forskerne seg innen de etiske rammene ved bare å inkludere samtykkekompetente pasienter, samtidig som at de på denne måten også la til et bias i forskningen. I andre studier ble det vurdert hvor stor forståelse pasientene hadde av situasjonen (15, 16, 20). Disse studiene fant at bedre forståelse av situasjonen hadde sammenheng at pasientene vurderte tvangsmedisinerings mindre negativt. På bakgrunn av dette kan man både argumentere for og imot å ta med den sykeste gruppen pasienter. Man kan tenke seg at disse kanskje vil ha et mer positivt syn på tvangsmedisinerings senere i en friskere tilstand, samtidig som det blir en bias ved å selektere ut de pasienter som kan ha et mer negativt syn.

Dersom pasientene er så syke at det ikke er mulig å føre en meningsfull samtale med dem, er det klart at det blir vanskelig å utføre et intervju, men jeg mener likevel at det burde tilstrebes, så langt det lar seg gjøre, å inkludere denne gruppens erfaringer og meninger om tvang i studiene. Samtykkekompetanse er ofte noe som varierer, og det bør derfor forsøkes å få informasjon fra pasientene når de er blitt noe bedre. I en ny forskningsplan av

Helsedirektoratet (28) anbefales det å få med ikke-samtykkekompetente pasienter, som pasienter med psykoselidelser, for å kunne gjøre meningsfull forskning på tvang. Behovet for forskningsbasert kunnskap om disse pasientenes situasjon er stort, og forfatterne mener at det medfører liten ulempe og risiko for pasientene å delta i slik forskning. Det foreslås at kravet til samtykkeevne bør settes lavt, og at dette er forsvarlig, så lenge det er enkelt for pasientene å avslutte deltakelse ved ønske eller ved uttrykk for ubehag. Det er også et spørsmål om det er verre for pasientene å ikke ha noe valg, eller få muligheten til en tilfeldig fordeling mellom to antatt likeverdige alternativer. Dette byr også på utfordringer iforhold til kravet om frivillighet, men deltakelse i forskning vil være den eneste måten for denne gruppen pasienter å slippe noe en del av gruppen ikke vil.

4.2 Svakheter ved, og forskjeller mellom studiene

Jeg har forsøkt å sortere artiklene etter hvilken situasjon tvangsmedisineringen har forekommet i, som tvangsmiddel i akutsituasjon eller som del av mer langvarig tvangsbehandling, men som beskrevet tidligere er det mange av artiklene som handler mer generelt om temaet. Whittington (17) påpeker at det kan hende at pasienter har ulike holdninger til tvangstiltak i ulike situasjoner, noe som ikke kommer frem når pasientene bare blir spurt om holdninger til tiltakene i kun én situasjon, eller om mer generelle holdninger.

Syv av studiene undersøkte pasienter som var innlagte (8, 14-17, 19, 24), mens fire av studiene (18, 21-23) studerte pasienter en tid etter innleggelse. Dette kan ha betydning for hva pasientene rapporterer. Greenberg (18) og Lucksted (21) ventet en tid etter utskrivelsen med å kontakte pasientene, for å være mer sikre på at de skulle rapportere det de egentlig mente. Forfatterne i disse studiene mente at pasienter kunne være redde for at ting de sa i intervjuer kunne ha negativ innvirkning på oppholdet og utskrivelsen fra avdelingen, dersom de kom med negative responser på behandlingen. For å unngå at svarene skulle være mer positive enn sannheten ble pasientene spurt en stund etter innleggelsen.

Det kan også være problemer i de studiene som tok for seg pasienter en tid etter utskrivelse. I en studie var noen av pasienter reinnlagt, satt i fengsel, eller lignende før de ble kontaktet for å rekrutteres til studien (18). Forskerne mente at det kunne mistenkes at denne gruppen pasienter ville ha hatt en mer negativ holdning til tvangsmedisinering, og at resultatene dermed ikke ble representative for hele gruppen av tvangsmedisinerte pasienter. Veltkamp

(16) intervjuet pasienter ved ulike tidspunkt etter at de hadde opplevd tvangsmedisinering, og det nevnes her at en bias kan ha vært at pasientenes syn på tiltaket kan forandre seg over tid. I tillegg vil det alltid vil være en risiko for hukommelsesbias i retrospektive studier. Dette kan særlig være gjeldene for de studiene som intervjuet pasientene lenge etter hendelsene. Macini (22) intervjuet friske pasienter om tiden da de var syke og Paksarian (23) intervjuet pasientene om sin første innleggelse for psykose 10 år senere. Disse studiene kan kanskje, i større grad enn de andre artiklene, være beheftet med hukommelsesbias.

De fleste studiene jeg har inkludert har bare tatt for seg ett perspektiv og brukt én metode for å undersøke tvangsmedisinering. Tvangsmedisinering er et komplekst fenomen, og alle aspekter ved det bør undersøkes. Av enkeltstudiene var det bare Whittington (17) og Haglund (19) som undersøkte både pasienter og ansattes perspektiv. Seale (25) hadde kun ansattes perspektiv, mens resten hadde kun pasientenes perspektiv. Ingen av enkeltstudiene hadde pårørendes perspektiv. På mange måter er pasientenes perspektiv det viktigste, da det er de som utsettes for tvangsmedisinering og opplever virkningen av dette. Pårørendes perspektiv kan også være viktig da de også påvirkes og har meninger om det som skjer med dem som står dem nær. Likeledes påvirkes pasientene av pårørende sine meninger. Kanskje særlig viktig er ansattes perspektiv, da det er de som bestemmer om en pasient skal tvangsmedisineres eller ikke.

I rapporten "Natt og dag" av Norvoll og Husum (29) redegjøres det for en forståelseskløft mellom ansatte og brukere når det gjelder bruk av tvang. Blant annet fant de at pasientene følte at ansatte hadde et stort fokus på farlighet og å opprettholde kontroll, selv om pasientene selv ikke følte at de var farlige. Det blir da klart at pasienter kan føle seg misforstått og oppleve tvang som urettmessig. De fant også at ansatte kunne undervurdere hvor belastende og krenkende det kunne være for pasientene å utsettes for tvang. Dette passer med funn fra Whittington og Haglund, som fant at ansatte syntes å fokusere mer på de positive virkningene av tvangsmedisinering, mens pasientenes syntes å fokusere på de negative. Haglund (19) fant også at de ansatte vurderte at flere av pasientene godtok tvangsmedisinering i ettertid, enn antall pasienter som selv rapporterte at de godtok det. Dette viser at perspektiv og ståsted er viktig, og at ansatte og pasienter kan ha ulike oppfatninger.

Haglund fant også at alle pasientene foreslo alternativer til tvangsmedisinering, mens de ansatte ikke hadde noen tro på dette. Dette fant også Norvoll og Husum når det gjelder tvang generelt. Ingen av de andre artiklene jeg har inkludert nevnte noe om alternativer til tvang.

Studier som undersøker tvangsmedisinering med hensyn til pasienters preferanser og fornøydhetsgrad med behandling, vil trolig få mer positive resultater når det ikke er oppgitt noen alternativer til tvang. I tillegg er det tankevekkende at det er så lite fokus på alternativer til tvang, når tvang er noe som kun skal brukes som siste utvei.

En forskers perspektiv kan også være nyttig å ha med i vurderingen av tvangsmedisinering. Terkelsen og Larsen (30) har skrevet en artikkel basert på feltforskning med deltakende observasjon, samtaler og intervjuer med pasienter og ansatte. På denne måten får man perspektivet til en utenforstående part som ikke er preget av arbeidsrutiner og ansvar og større grad kan ha et objektivt syn på det som skjer, enn de som selv er delaktige. Det ble funnet at ansatte så på tvang som helt nødvendig og at det ikke fantes noen alternativer. Ansatte følte også et press fra pårørende, politi og publikum om å bruke tvangsmedisinering. Forfatterne mener at det er nødvendig med en annen tankegang hos de ansatte, for eksempel å tenke på hva som må til for at tvangsmedisinering skal være nødvendig, heller enn å tenke at tvangsmedisinering er nødvendig.

Bowers og medarbeidere (8) fant at tvungen medisinering løste 60 % av konfliktene i løpet av en sykehusvakt. Studien viste altså at medisinering er effektivt for å sette en stopper for konfliktoppførelse, hvilket kanskje ikke er så veldig overraskende da det er kjent at antipsykotika demper urolig atferd. Andre aspekter ved tvangsmedisineringen, som bivirkninger og pasienterfaringer, ble ikke undersøkt. Studien sier dermed ikke noe om hva dette resultatet innebærer for pasienter og ansatte, og ut fra studien kan man ikke si noe om dette er noe som på lengre sikt hjelper pasientene. Resultatene blir derfor ikke fullstendige nok til å kunne gi noen retningslinjer for bruk av tvangsmedisinering.

Som nevnt tidligere er det nødvendig å undersøke flere aspekter av et komplekst fenomen som tvangsmedisinering, og symptomreduksjon burde være et av aspektene. Bowers (8) fant at konfliktene ble løst med tvangsmedisinering, og kan dermed sees på som en mulig akutt symptomreduksjon (hvis man definerer det å lett havne i konflikter som et symptom). Ellers var det ingen av enkeltstudiene som rapporterte noe om dette. Churchill (11) fant at det var usikker effekt av OC på utfall som mental status og sosial funksjon. Dette viser at det er et tema som er lite undersøkt, selv om bedring av tilstanden burde være et viktig utfallsmål. I en nyere RCT av Burns og Rugkåsa (31) ble det ikke funnet at sosial funksjon og symptomer var forskjellig mellom gruppen i OC og kontrollene etter 12 måneder, hvilket er et viktig utfall.

Paksarian (23) fant at tvangsmedisinering var assosiert med redusert tid i behandling. Dette kunne skyldes mindre engasjement om egen behandling eller dårlig innsikt i behov for behandling fra pasientenes side. Det var usikkert om dette kunne være som følge av at pasientene hadde opplevd tvangsmedisinering, eller om det kunne være fordi pasientene som hadde dårligere innsikt i behov for behandling også hadde økt risiko for tvangsmedisinering. Dette er et interessant funn som det er viktig å undersøke nærmere, siden redusert tid i behandling vanligvis sees på som et positivt utfall og ofte brukes som begrunnelse for bruk av tvangsmedisinering. Kanskje er det slik at reduksjon i behandlingstid og redusert bruk av helsetjenester ikke er en god indikator på bedret helse eller god effekt av behandlingen for noen pasienter.

Hva slags populasjon deltakere i studien er hentet fra, kan også ha betydning for resultatene og begrense overførbarheten. I studien av Haglund (19) var alle pasientene i lukkede avdelinger, i fem av studiene var alle pasienter fra akuttpsykiatriske avdelinger (14-18) og i én studie (21) gikk alle pasientene i studien til behandling ved samme rehabiliteringssenter. Begrenset overførbarhet kan også sies om artikler som bare har med pasienter fra én by eller bare ett land, som jo gjelder alle enkeltstudiene.

Lovgivning og praksis med hensyn til tvangsmedisinering varierer fra land til land, og kan dermed gjøre overførbarheten vanskelig. Dette kommer frem i en studie fra Nederland (16), som legger vekt på problemer ved overførbarheten. I Nederland brukes tvangsmedisinering sjelden og noen av pasientene kan ha hatt problemer med å skjønne hva dette innebar. Isolasjon er derimot mye brukt, og kan derfor ha blitt sett på som mer positivt enn det ville blitt andre steder.

Kiesely (13) fant blant annet at ved å fatte vedtak om TUD for 27 pasienter, kunne ett tilfelle av hjemløshet hindres, og at det utfallsmålet som hadde den sterkeste sammenhengen med TUD, var redusert risiko for å bli utsatt for kriminalitet. Disse effektene bygger på studier fra USA, som ikke har det samme velferdssystemet som i Norge, og psykiatriske pasienter i Norge har derfor ikke den samme risikoen for å bli hjemløse. Velferdssystemet har også betydning for i hvor stor grad pasientene utsettes for kriminelle handlinger, og det blir usikkert hvor mye dette kan vektlegges når bruken av TUD i Norge skal vurderes.

Maughan (26) fant at resultatene for tvang uten døgnopphold (TUD) varierte etter hvilket land dataene var hentet fra. Studier fra Australia viste hovedsakelig en økning i antall innleggelser

for pasienter i TUD, mens studier fra USA viste en reduksjon. Dette kan tyde på at forskjeller i hvordan TUD og psykisk helsevern praktiseres kan ha betydning for utfallene, og det kan kanskje bli viktig å vurdere hvilken kontekst egen helsetjeneste ligner mest på om man skal vurdere hva som er ”mest sant” eller overførbart til sitt land.

Det er altså mange faktorer ved metode, design og kvalitet som varierer mellom de ulike studiene, og dette viser seg i sprikende resultater. Noe av resultatvariasjonen kan nok skyldes de faktorene jeg har gått gjennom over, men også individuelle og tilfeldige faktorer. En god del av pasientene hadde negative erfaringer i ettertid, mens en god del av pasientene var fornøyde i ettertid.

4.3 Tvang uten døgnopphold

Når det gjelder TUD, var det flere gode, store studier som ble gjennomgått i de systematiske oversiktene jeg har inkludert. Likevel fant heller ikke disse oversiktene noen overveiende evidens for positive eller negative effekter for flere utfallsmål av TUD. TUD ble innført som et alternativ for pasienter som uten et slikt vedtak ville blitt tvangsinnlagt. Det ble derfor sett på som et mindre restriktivt tiltak for pasientene (12). Forskning har ikke klart å vise at det er noen effekt av TUD på antall tvangsinnleggelser, og dermed blir argumentet for ordningen uten gyldig begrunnelse. Som nevnt over er det heller ikke vist noen effekt på bedring av tilstanden (31). Det er også gjort studier der TUD sammenlignes med mindre restriktive tiltak, blant annet RCT'en av Burns (31), som heller ikke fant signifikante forskjeller i antall innleggelser mellom gruppene.

Heller ikke for andre effektmål av TUD var det noen overbevisende positive eller negative resultater. TUD er et felt innen tvang i psykisk helsevern hvor det er vist at det er mulig å gjøre randomiserte, kontrollerte studier. Da effekten er usikker, blir det også tvilsomt om det er etisk riktig å fortsette å la pasienter behandles på denne måten. Det er i hvert fall viktig at det gjøres flere gode studier på feltet, slik at man kan få en evidensbasert begrunnelse for praksisen.

To nyere studier om TUD gir heller ikke noen sikker effekt. I en kvalitativ studie av Canvin og medarbeidere (32) ble psykiatere, pasienter og pårørende (family carers) intervjuet om sitt syn på TUD. Det ble funnet et vidt spenn av ulike opplevelser og syn på tiltaket hos alle

gruppene. Alle gruppene oppfattet tvungen medisinerings som hovedhensikten med TUD, men at tiltaket bare var virksomt for noen grupper av pasienter. En studie fra Spania (33) fant at det var en signifikant reduksjon i innleggelser, dager på sykehus og bruk av helsetjenester hos pasienter i TUD. Det ble brukt et retrospektivt observasjonelt design som sammenlignet pasientene før og etter et vedtak om TUD. Som Churchill (11) skriver i sin oversikt, kan slike studier være mindre pålitelige, siden det ikke er benyttet randomisering eller kontrollgruppe. I tillegg er det som tidligere nevnt heller ikke sikkert at mindre bruk av helsetjenester er positivt for pasientene.

4.4 Implikasjoner for praksis

Når det gjelder farekriteriet som grunnlag for å gi tvangsmedisinering, er det kanskje ikke så diskutabelt at det i noen tilfeller må utøves en form for tvang for å hindre skade på person eller eiendom. Det må imidlertid være gode rutiner som gjør at konflikten først forsøkes løst på andre måter enn ved bruk av tvang, og at tvang kun brukes som siste utvei når det er absolutt nødvendig. Whittington og medarbeidere (17) fant at ansatte i større grad godtok tvangsformer de tidligere hadde anvendt selv. Dette kan tyde på at vaner og lokal praksis kan påvirke hva slags tvang man anvender og hvor ofte. Det er viktig å huske at tvang kan oppleves som en krenkelse av personlig integritet og autonomi, og at tvang derfor bare brukes der fordelene klart overveier ulempene. Om tvangsmedisinering bør brukes mer eller mindre i forhold til de andre tvangsmidlene, er usikkert.

Når det gjelder behandlingskriteriet er bruk av tvang mer diskutabelt. Det forskningsgrunnlaget vi har på feltet i dag, er ikke tilstrekkelig til å gi noen retningslinjer for hva som er best for pasienter generelt og siden resultatene spriker, kan dette tyde på at pasientene har sine individuelle preferanser. Swartz (20) fant for eksempel at pasienter med dårlig behandlingsetterlevelse var sterkt uenig i å ha blitt innlagt og tvangsbehandlet, og mente at dette ikke hadde hjulpet dem. Dette i motsetning til pasientene med god behandlingsetterlevelse, som i større grad mente tvangsbehandlingen hadde vært nødvendig, og at det burde gjøres igjen om de befant seg i en lignende tilstand. Kanskje blir det derfor viktigere å legge vekt på personlige erfaringer med om medisinerne hjelper eller ikke, fremfor om medisinerne er en psykotisk motivert motstand mot behandling, slik noen profesjonelle ofte hevder og bruker som begrunnelse for tvangsmedisinering.

Det burde derfor sikres at pasientene får medvirke mest mulig i hva slags behandling de skal få. Dette vil kreve samtaler med pasientene om erfaring og preferanser, slik at hver pasient kan få en individuell tilnærming. I tillegg blir det viktig med observasjon av hvordan det går med pasientene og forhåndsplanlegging før en eventuell forverring eller krise. Dette kan nok i mange tilfeller være vanskelig å få til i praksis, med tanke på tidspress og at det krever god relasjon med pasientene. Det er likevel viktig å prøve å få til, slik at behandling kan bli best mulig tilpasset den enkelte pasient, også i tvangssituasjoner.

Det er imidlertid ikke alltid at det er mulig å kjenne pasienters preferanser forhånd, og i slike situasjoner vil det være lovgrunnlaget som gjelder. Det er blant annet er det vist at pasienter som blir gående med ubehandlet psykose lenge, har en dårligere prognose enn de som får behandling for psykose tidlig, og man kan anta at pasientene vil tape muligheter for bedring ved ikke å behandles. Man vet imidlertid ikke om dette også gjelder når behandling gis med tvang. Ut fra resultatene i denne oppgaven, finnes det ikke evidens som taler for at det går bedre med de pasientene som tvangsbehandles med medikamenter. Det kan heller ikke utelukkes at det går dårligere med disse pasientene. Det er ikke lovlig å utføre kliniske studier der man randomiserer pasienter til alternativer hvis man er ganske sikkert på at alternativet er en dårligere behandling. Som denne oversikten viser, gjelder ikke dette studier om tvangsmedisinering. Dette åpner for å gjøre randomiserte, kontrollerte studier der pasienter som nekter medisinering og oppfyller kriteriene for tvangsbehandling med medikamenter, randomiseres til standardbehandling (tvangsmedisinering) eller ingen, eventuelt alternativ intervensjon. Jeg vil gå så langt som å si at det er en plikt, ut fra det lovverket vi har i dag («behandlingen skal være den klart beste løsningen for pasienten»), å få gjennomført slike studier. Når det gjelder tvang er nok bevisbyrden på behandlerne og samfunnet som vil innføre tvangen, og kanskje ville man i dag ikke fått vedtatt lover om tvangsmedisinering i det hele tatt med så mangelfull dokumentasjon. Ved hjelp av gode, randomiserte, kontrollerte studier, vil det kanskje komme klarere frem hva som er god praksis på dette feltet. Medisinsk praksis har som grunnleggende prinsipp at den skal være evidensbasert, og dette burde også gjelde tvangsmedisinering.

I tillegg burde det være et større fokus på alternativer til tvangsmedisinering. Er det slik at tvang bare brukes i de tilfellene hvor det er absolutt nødvendig? Forskningen på området kan kanskje tyde på at det ikke alltid er slik. Dersom det er slik at personalet ikke er klar over eller

tror det er mulig at det i noen tilfeller kan finnes alternative tiltak til tvangsmedisinering, spesielt dersom pasientene ønsker og mener alternativet er mulig å utføre, sier dette igjen noe om at pasientene i større grad må bli hørt, og at det burde settes større fokus på alternativer blant ansatte og kanskje endring av retningslinjer. Her trengs det også mer forskning for å undersøke hva slags tiltak som kunne vært aktuelle og eventuelt effekten av disse sammenlignet med tvang.

4.5 Styrker og svakheter ved litteratursøket

Litteratursøket til denne oppgaven har noen svakheter. Det ble bare søkt i Medline, hvilket kan ha gjort at noen av de aller nyeste studiene, som enda ikke hadde blitt indeksert, ikke ble inkludert. Jeg brukte både MeSH-termer og fritekst, og jeg brukte mange søkeord med samme betydning for i størst mulig grad å inkludere alle artikler på feltet. Det kunne også ha vært av interesse å søke i PsychINFO, som er en referansedatabase for litteratur om psykologi og psykiatri, men jeg gjorde en antakelse om at de viktigste publikasjoner om medisinering ville publiseres i tidsskrift som indekseres i Medline, som er den største medisinske databasen. Det kunne vært nyttig om det ble utført en mer omfattende oversiktsstudie om effekt av akutt/kortvarig tvangsmedisinering. (Selv om det ikke er god grunn til å tro at konklusjonen i denne oppgaven ikke vil bli stående).

Jeg valgte å se kun på systematiske oversikter når det gjaldt tvang uten døgnopphold, og sikret på denne måten at mest mulig av litteraturen skulle bli representert gjennom disse oversiktene. Samtidig måtte jeg stole på en tolkning/sammenslåing av resultat fra mange artikler, fremfor å vurdere enkeltstudiene selv. Denne tilnærmingen gjorde også at kunnskapsgrunnlaget ble noe mindre oppdatert enn om jeg hadde sett på enkeltstudier, men de siste studiene om TUD fra 2013 og 2014 bekrefter funnene (31-33). De systematiske litteraturgjennomgangene jeg tok med var omfattende og av god kvalitet, og gir trolig et godt bilde av tilgjengelige primærstudier som var gjort før søkene ble gjennomført.

5 Konklusjon

- Det finnes per dags dato ikke nok evidens for om og når tvangsmedisinering er god praksis.
- Ut fra lovgivningen om at tvangsbehandling skal være til pasientens beste, er det usikkert om man i det hele tatt kan bruke medisinering som tvangsbehandling.
- Ut fra det vi vet om tvangsmedisinering i dag, burde pasientene få medvirke i egen behandling i størst mulig grad, og deres preferanser burde få en større betydning. Dermed blir kommunikasjon med og planlegging i samarbeid med pasienten viktig.
- Det et trengs mer forskning på området, og særlig randomiserte, kontrollerte studier.
- Det burde gjøres mer forskning på alternativer til tvang.

Litteraturliste

1. Mangfold og muligheter [Internett]. Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin.[hentet 2014-09-21] Tilgjengelig fra:
<http://kurs.helsekompetanse.no/utfordrende/16948>
2. Helse- og omsorgsdepartementet. Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet-Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning; 2011. NOU 2011:9.
3. Andreassen OA, Melle I. Schizofreni, schizotyp og schizoaffektiv lidelse. I: Lærebok i psykiatri. Oslo: Gyldendal akademisk; 2012. s. 357 - 360.
4. Andreassen OA. L5:2 Antipsykotika. I: Norsk Legemiddelhandbok. Oslo: Foreningen for utgivelse av Norsk legemiddelhandbok; 2013. s. 965 - 959.
5. Psykisk helsevernloven. 1999. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.v. av 1999-07-02 nr. 62
6. Bremnes R, Lilleeng SE, Pedersen PB, Cederkvist HS, Vestrheim MS. Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne 2012. Helsedirektoratet, 2013.
7. TvangsForsk [Internett] Tromsø: Universitetet i Tromsø, Institutt for samfunnsmedisin. [Hentet 2014-08-08] Tilgjengelig fra:
http://www.tvangsforskning.no/noekkeltall_tvang/cms/83.
8. Bowers L, Ross J, Owiti J, Baker J, Adams C, Stewart D. Event sequencing of forced intramuscular medication in England. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing.* 2012;19(9):799-806.
9. Wynn R. Coercion in psychiatric care: clinical, legal, and ethical controversies. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2006;10(4):247-51.
10. Georgieva I, Mulder CL, Wierdsma A. Patients' preference and experiences of forced medication and seclusion. *Psychiatr Q.* 2012;83(1):1-13.
11. Churchill R OG, Singh S, Hotopf M. International Experiences of using Community Treatment Orders. Department of Health, London, 2007.
12. Riley H, Hoyer G, Lorem GF. 'When coercion moves into your home'--a qualitative study of patient experiences with outpatient commitment in Norway. *Health Soc Care Community.* 2014;22(5):506-14.
13. Kisely SR, Campbell LA, Preston NJ. Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011(2):Cd004408.
14. Dack C, Ross J, Bowers L. The relationship between attitudes towards different containment measures and their usage in a national sample of psychiatric inpatients. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing.* 2012;19(7):577-86.
15. Georgieva I, Mulder CL, Noorthoorn E. Reducing seclusion through involuntary medication: a randomized clinical trial. *Psychiatry Research.* 2013;205(1-2):48-53.
16. 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.
17. Whittington R, Bowers L, Nolan P, Simpson A, Neil L. Approval ratings of inpatient coercive interventions in a national sample of mental health service users and staff in England. *Psychiatric Services.* 2009;60(6):792-8.
18. Greenberg WM, Moore-Duncan L, Herron R. Patients' attitudes toward having been forcibly medicated. *Bull Am Acad Psychiatry Law.* 1996;24(4):513-24.

19. 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.
20. Jarrett M, Bowers L, Simpson A. Coerced medication in psychiatric inpatient care: literature review. *Journal of Advanced Nursing*. 2008;64(6):538-48.
21. Lucksted A, Coursey RD. Consumer perceptions of pressure and force in psychiatric treatments. *Psychiatric Services*. 1995;46(2):146-52.
22. Mancini MA, Hardiman ER, Lawson HA. Making sense of it all: consumer providers' theories about factors facilitating and impeding recovery from psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2005;29(1):48-55.
23. Paksarian D, Mojtabai R, Kotov R, Cullen B, Nugent KL, Bromet EJ. Perceived trauma during hospitalization and treatment participation among individuals with psychotic disorders. *Psychiatr Serv*. 2014;65(2):266-9.
24. Roche E, Madigan K, Lyne JP, Feeney L, O'Donoghue B. The therapeutic relationship after psychiatric admission. *Journal of Nervous & Mental Disease*. 2014;202(3):186-92.
25. Seale C, Chaplin R, Lelliott P, Quirk A. Sharing decisions in consultations involving anti-psychotic medication: a qualitative study of psychiatrists' experiences. *Social Science & Medicine*. 2006;62(11):2861-73.
26. Maughan D, Molodynski A, Rugkasa J, Burns T. A systematic review of the effect of community treatment orders on service use. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2014;49(4):651-63.
27. WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects [Internett]. World Medical Association, Inc; 2014 [hentet 2014-10-22]. Tilgjengelig fra: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>.
28. TvangsForsk [Internett]. Tromsø: Universitetet i Tromsø, Nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i det psykiske helsevesenet; 2014. [Hentet 2014-12-01] Tilgjengelig fra: http://www.tvangsforskning.no/filarkiv/File/Forskningsplan_2014-2019.pdf
29. Norvoll R HTL. Som natt og dag? - Om forskjeller i forståelse mellom midfornøyde brukere og ansatte om bruk av tvang. *Arbeidsforskningsinstituttet*, 2011.
30. Terkelsen TB, Larsen IB. Tvangsmedisinering som permanent unntakstilstand. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 2012;9(02).
31. Burns T, Rugkasa J, Molodynski A, Dawson J, Yeeles K, Vazquez-Montes M, et al. Community treatment orders for patients with psychosis (OCTET): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2013;381(9878):1627-33.
32. Canvin K, Rugkasa J, Sinclair J, Burns T. Patient, psychiatrist and family carer experiences of community treatment orders: qualitative study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2014;49(12):1873-82.
33. Lera-Calatayud G, Hernandez-Viadel M, Bellido-Rodriguez C, Canete-Nicolas C, Asensio-Pascual P, Calabuig-Crespo R, et al. Involuntary outpatient treatment in patients with severe mental illness: a one-year follow-up study. *Int J Law Psychiatry*. 2014;37(3):267-71.

Vedlegg 1: Hovedfunn fra studien

- Pasientenes reaksjoner og vurdering av tvangsmedisinering kan være både positive og negative.
- Pasientenes opplevelse av sin egen sykdom og om pasientene på forhånd har dårlig behandlingsetterlevelse kan ha betydning for å godta tvangsmedisinering og opplevelsen bedring i ettertid.
- Pasienter oppgir alternativer til tvangsmedisinering.
- Tvangsmedisinering kan på sikt føre til nedsatt engasjement om behandling for pasienter i ettertid og kan være til hinder for bedring.
- Ansatte er generelt positive til tvangsmedisinering, men de viser også motvilje mot tiltaket.
- Ansatte kan overvurdere pasientenes aksept av tvangsmedisinering.
- Pårørende er generelt positive til OC, men har også bekymringer for tiltaket. Pasientene oppgir alternativer til tvangsmedisinering.

Vedlegg 2: Søkestrategi

Punkt 1 til 20 var brukt i det første søket, og i det andre søket som kun skulle omhandle OC, ble det lagt til søkeord for å dekke dette (punkt 21- 25). Det andre søket ble også formulert slik at bare de artiklene som var nye iforhold til det første søket, ble inkludert (punkt 31).

- 1 Coercion/ (4330)
- 2 ((involuntar* or compulsor* or compulsion* or coercion* or coerciv* or coerced or forced or forcibl*) adj3 (treat* or interven* or care or admission* or admitt* or committ* or hospitaliz* or hospitalis* or patient* or medicat*)).tw. (4914)
- 3 1 or 2 (8797)
- 4 exp Antipsychotic Agents/ (122661)
- 5 exp Drug Therapy/ (1094978)
- 6 (medication or drug therapy).tw. (164727)
- 7 4 or 5 or 6 (1321992)
- 8 exp Mental Disorders/ (963991)
- 9 Mental Health/ (22250)
- 10 exp Psychiatry/ (88431)
- 11 (psychiatric or psychiatry).tw. (170037)
- 12 mental illness.tw. (16769)
- 13 mental disease*.tw. (2203)
- 14 (mental health service* or mental health care).tw. or ((psychiatric* or mental) adj (unit* or ward* or hospital* or departement* or institution*)).mp. (32336)
- 15 mental health services/ or community mental health services/ or emergency services, psychiatric/ (43374)
- 16 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 (1106454)
- 17 3 and 7 and 16 (486)
- 18 limit 17 to abstracts (380)
- 19 limit 18 to yr="1994 -Current" (303)
- 20 limit 19 to (danish or english or norwegian or swedish) (264)
- 21 community treatment order*.mp. (128)
- 22 (community adj treatment adj order*).mp. (128)
- 23 mandat* outpatient.mp. (33)
- 24 outpatien* commitment*.mp. (155)

- 25 involuntar* outpatient.mp. (89)
- 26 21 or 22 or 23 or 24 or 25 (323)
- 27 16 and 26 (309)
- 28 limit 27 to abstracts (234)
- 29 limit 28 to yr="1994 -Current" (209)
- 30 limit 29 to (danish or english or norwegian or swedish) (201)
- 31 30 not 20 (186)