

Tvangsbehandling av opioidavhengige

Rapport fra Kunnskapssenteret nr 16 –2009

Systematisk kunnskapsoppsummering



 kunnskapssenteret

Bakgrunn: Denne rapporten er en kunnskapsoppsummering om tvangsbehandling av opioidavhengige. **Problemstilling:** Undersøke effekten av tiltak: 1) Hva er effektene av å benytte tvang i rusbehandling av opioidavhengige? 2) Hvilke etiske spørsmål kan identifiseres som relevante i forhold til tvangsbehandling av opioidavhengige? **Metode:** Vi søkte systematisk etter litteratur i internasjonale forskningsdatabaser, og planene var å finne systematiske oversikter og enkeltstudier som oppfylte våre inklusjonskriterier, vurdere kvaliteten og oppsummere resultatene. **Resultat:** Vi har vurdert over 400 titler og artikler i oppsummeringen. Hovedfunnene er at vi ikke har identifisert forskningsbasert kunnskap av høy kvalitet som gir svar på effekten av tvangsbehandling av opioidavhengige. Det kan imidlertid finnes forskning som belyser problemstillingen, men som har betydelige metodiske svakheter. Vi har ikke søkt etter slike studier. Vi har også søkt etter forskningslitteratur som kan identifisere etiske problemstillinger i behandlingen av opioidavhengige. **Konklusjon:** Det er behov for forskning om hvorvidt tvangsbehandling har effekter for opioidavhengige.

(fortsetter på baksiden)

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Postboks 7004, St. Olavs plass
N-0130 Oslo
(+47) 23 25 50 00
www.kunnskapssenteret.no
Rapport: ISBN 978-82-8121-282-4 ISSN 1890-1298

nr 16–2009



kunnskapssenteret

(forts.)

Studien må utføres på en etisk hensiktsmessig måte, og med best mulig metodisk design for å kunne trekke sikre konklusjoner.

Tittel	Tvangsbehandling av opioidavhengige
Institusjon	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Ansvarlig	Mange Nylenna, <i>fungerende direktør</i>
Forfattere	Asbjørn Steiro, <i>forsker (prosjektleder)</i> Therese Kristine Dalsbø, <i>seniorrådgiver</i> Tove Ringerike, <i>forsker</i> Karianne Thune Hammerstrøm, <i>forskningsbibliotekar</i> Bjørn Hofman, <i>forsker</i>
ISBN	978-82-8121-282-4
ISSN	1890-1298
Rapport	Nr 16 – 2009
Prosjektnummer	547
Rapporttype	Systematisk kunnskapsoppsummering
Antall sider	23 (44 med vedlegg)
Oppdragsgiver	Arbeiderpartiets helse- og omsorgsfraksjon på Stortinget
Sitering	Steiro A, Dalsbø TK, Ringerike T, Hammerstrøm KT, Hofman B. Tvangsbehandling av opioidavhengige. Rapport nr 16–2009. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fremskaffer og formidler kunnskap om effekt av metoder, virkemidler og tiltak og om kvalitet innen alle deler av helsetjenesten. Målet er å bidra til gode beslutninger slik at brukerne får best mulig helsetjenester. Senteret er formelt et forvaltningsorgan under Helsedirektoratet, uten myndighetsfunksjoner. Kunnskapssenteret kan ikke instrueres i faglige spørsmål. Kunnskapssenteret tar ansvaret for synspunktene som er uttrykt i rapporten.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Oslo, juli 2009

1-side oppsummering

Bakgrunn

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fikk i april 2009 i oppdrag fra Arbeiderpartiets helse- og omsorgsfraksjon på Stortinget å oppsummere tilgjengelig forskning om tvangsbehandling av opioidavhengige. Denne kunnskapsoppsummeringen er tenkt som et dokumentasjonsgrunnlag for hva som er kunnskapsstatus med hensyn til tvangsbehandling av opioidavhengige.

Metode

Arbeidet ble utført som en kunnskapsoppsummering med søk etter forskning av høy kvalitet. Vi har gjort systematiske søk for å identifisere relevant vitenskapelig litteratur på den forhåndsdefinerte problemstillingen. To prosjektmedarbeidere leste alle unike titler identifisert i litteratursøket, uavhengig av hverandre. Vi søkte også etter litteratur for å identifisere etiske problemstillinger knyttet til behandlingen av pasienter med opioidavhengighet.

Resultater

Planen var å inkludere og kritisk vurdere systematiske oversikter og enkeltstudier i kunnskapsoppsummeringen. Vi har vurdert over 400 titler og artikler i oppsummeringen, men hovedfunnene er at vi ikke har identifisert forskningsbasert kunnskap av høy kvalitet som gir svar på effekten av tvangsbehandling av opioidavhengige. Det kan imidlertid finnes forskning som belyser problemstillingen, men som har betydelige metodiske svakheter. Vi har ikke søkt etter slike studier. Da kunnskapsgrunnlaget for effekten av tvangsbehandling av opioidavhengige er mangelfullt, blir det viktig å ta hensyn til de etiske spørsmålene.

Konklusjon

Vi har ikke funnet forskningsbasert kunnskap av høy kvalitet om effekten av tvangsbehandling for opioidavhengige. Det er behov for forskning som belyser dette spørsmålet. Studiene må utføres på en etisk hensiktsmessig måte, og med best mulig metodisk design slik at sikre konklusjoner kan trekkes.

Key messages

Coercive treatment of persons dependent on opioids

Background

In April 2009, the Labour Party commissioned the Norwegian Knowledge Centre for the Health Services (NOKC) to complete a review about the effects of coercive treatment of persons dependent on opioids. The review would help answer the questions of whether and how adults with opioid dependence should be treated with coercive interventions. We addressed one main question: What are the effects of coercive treatment of persons dependent on opioids?

Methods

We searched systematically for relevant literature in international scientific databases. We evaluated published systematic reviews, randomized controlled trials (RCTs) and controlled studies for inclusion using a pre-designed inclusion form. We planned to appraise the methodological quality of the included studies with appropriate check lists, and summarize the results in tables and text. We searched for literature concerning ethical issues related to coercive treatment of persons dependent on opioids, and we used 23 sub questions to identify ethical issues.

Results

We found neither systematic reviews nor primary studies that evaluated the effects of coercive treatment of persons dependent on opioids. We excluded systematic reviews and studies which did not report results regarding the effects of coercive treatment of persons dependent on opioids, as well as interventions which did not meet the inclusion criteria of being coercive treatment for opioid dependence. We identified several ethical issues concerned with this treatment, which answered to our 23 sub-questions.

Conclusion

Our concerted efforts at identifying literature about the effects of coercive treatment of persons dependent on opioids showed that there is little available high quality research on the effects of coercive treatment in general, and on the effects of coercive treatment of persons dependent on opioids specifically. Ethical issues should be considered when designing and planning randomized controlled studies and controlled clinical trials for populations with this type of severe dependence.

Norwegian Knowledge Centre for the Health Services summarizes, analyzes and disseminates evidence concerning the effect of treatments, methods, and interventions in addition to monitoring health service quality. Our goal is to support good decision making in order to provide patients in Norway with the best possible care. The Centre is organized under the Norwegian Directorate of Health, but is scientifically and professionally independent. The Centre has no authority to develop health policy or responsibility to implement policies.

Norwegian Knowledge Centre for the Health Services

PB 7004 St. Olavs plass

N-0130 Oslo, Norway

Telephone: +47 23 25 50 00

E-mail: post@kunnskapssenteret.no

Web: www.kunnskapssenteret.no

Innhold

FORORD	6
PROBLEMSTILLING	7
INNLEDNING	8
Tvangsbehandling	9
METODE	10
Litteratursøk	10
Inklusjonskriterier	10
Eksklusjonskriterier	11
Artikkelutvelgelse	11
Fagfellevurdering	12
RESULTAT	13
Kunnskapsgrunnlaget	13
Eksklusjonsårsaker	14
ETISKE UTFORDRINGER VED TVANGSBEHANDLING AV OPIOIDAVHENGIGE	15
Metode	15
Hva er moralske utfordringer ved tvangsbehandling?	15
DISKUSJON	20
Svakheter ved litteraturinnhenting	20
Populasjonsgruppen	21
Pågående forskning	21
Juridisk vurdering	22
Tvang	22
KONKLUSJON	23
Behov for videre forskning	23
REFERANSER	24
VEDLEGG	28
Vedlegg 1 – Sosialtjeneste og Pasientrettighetsloven	28
Vedlegg 2 – Søkestrategi	29

Forord

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fikk i oppdrag fra Arbeiderpartiets helse- og omsorgsfraksjon på Stortinget å oppsummere tilgjengelig forskning om tvangsbehandling av opioidavhengige. Bestillingen ble godkjent av bestillerforum og Kunnskapssenterets ledelse. Denne kunnskapsoppsummeringen er tenkt som et dokumentasjonsgrunnlag for deres utforming av politikk på området behandling av rusavhengige.

Prosjektgruppen har bestått av følgende personer ansatt ved Kunnskapssenteret:

- Asbjørn Steiro (prosjektleder)
- Therese Kristine Dalsbø (prosjektmedarbeider)
- Tove Ringerike (prosjektmedarbeider)
- Karianne Thune Hammerstrøm (forskningsbibliotekar, prosjektmedarbeider)
- Bjørn Hofman (ansvarlig for etikkvurderingen)

Rapporten har vært fagfellevurdert av Therese Opsahl Holte og Hege Kornør ved Kunnskapssenteret. I tillegg har rapporten vært fagfellevurdert eksternt av professor, Arne Gerdner, Mittuniversitetet i Østersund og seniorrådgiver Gabrielle Welle-Strand, Avdeling rusmidler, Helsedirektoratet. Takk til eksterne og interne fagfelle-
ne for gode og nyttige kommentarer, og til Rigmor Berg for kommentarer til engelsk sammendrag og Ingvild Kirkehei for støtte med Reference Manager.

Vanligvis er Kunnskapssenterets rapporter ment å hjelpe beslutningstakere i helsetjenesten til å fatte velinformerte beslutninger som kan forbedre kvaliteten i helsetjenestene. I møte med den enkelte pasient må forskningsbasert kunnskap ses i sammenheng med andre relevante forhold slik som pasientenes behov og egne kliniske erfaringer. Denne rapporten skal derimot være grunnlagsdokument for utforming av politikk og vil trolig være av mindre interesse for helsepersonell i møte med opioidavhengige.

Gro Jamtvedt
Avdelings direktør

Geir Smedslund
Fung.forskningsleder

Asbjørn Steiro
Forsker, prosjektleder

Problemstilling

I denne kunnskapsoppsummeringen har vi følgende problemstillinger:

- Hva er effektene av å benytte tvang i rusbehandlingsopplegget for opioidavhengige?
- Hvilke etiske spørsmål kan identifiseres som relevante i forhold til tvangsbehandling av opioidavhengige?

Innledning

Rusavhengighet skaper store helseproblemer både for individer og samfunnet for øvrig (1). I tillegg er det for opioidavhengighet problemer knyttet til kriminalitet, smitte ved sprøytebruk, overdoser og psykiske helseproblemer. Behandling for denne gruppa kan redde liv, og hjelpe personer ut av avhengigheten. Ikke alle erkjenner at de har en problematisk avhengighet med konsekvenser for deres mentale og fysiske helse. Det er derfor påstått at noen grupper av opioidavhengige må tvangsbehandles. Dette delvis fordi de selv ikke innser en problematisk rusavhengighet og delvis fordi de selv ikke oppsøker helsetjenesten. Denne oppsummeringen har som målsetting å finne fram forskning som kan gi svar på spørsmålet om tvangsbehandling virker.

I Norge har vi hatt en relativt høy overdoserate blant opioidavhengige sammenlignet med andre skandinaviske land. Statens Institutt for rusmiddelforskning har estimert antall rusavhengige som injiserer i Norge til å ligge i mellom 8 200 og 12500 i 2005. Det er usikkerhet knyttet til hvor mange av de som injiserer heroin, eller amfetamin, men beregninger viser at de fleste injiserer heroin. Andelen som injiserte amfetamin lå på 10 %. I følge KRIPOS dør 200 personer av overdose hvert år, antallet økte som følge av en heroinepidemi på 90-tallet. Antallet narkotikarelaterte dødsfall økte i samme periode fra 75 i 1990 til 338 i 2001. Etter dette har antallet dødsfall avtatt, som i andre land, og tallet var nede i 195 i 2006 (KRIPOS) – en nedgang på 42 prosent. I Oslo ble toppen nådd i 1998 med 134 dødsfall. Oslo hadde halvparten av alle narkotikarelaterte dødsfall i landet, mens tallet i 2006 var gått ned til 72. For informasjon om oppdatert tallmateriale henviser vi til:

http://www.politi.no/pls/idesk/docs/fl331865156/narkotikadodsfall_2006_nynorsk.pdf

Tvangsbehandling av opioidavhengige er et kontroversielt tema, og vi vet ikke hva som er effekten av et slik tiltak. Det benyttes helst frivillig rusbehandling i Norge og dette skal være forsøkt før man går over til å bruke tvang. Når man ikke kjenner til effekten av å bruke tvang vil det nødvendigvis reises både etiske og metodiske spørsmål. Vi vil forsøke å synliggjøre disse spørsmålene. Det er viktig å identifisere etiske spørsmål og derfor har vi satt av et eget kapittel til det. Vi vil også innhente forskning som vurderer effektene av tvangsbehandling for å forstå mer om når dette kan være et hensiktsmessig tiltak. Det finnes ulike former for tvangsbehandling, og med denne problemstilling følger også spørsmål knyttet til Sosialtjenestelovens § 6 og i

Pasientrettighetsloven § 4 (se vedlegg). For oppdatert lovverk viser vi til norske lover med forarbeid og domsavsigelser på nettsiden www.lovdato.no

TVANGSBEHANDLING

Tvangsbehandling er et sammensatt begrep. Tvangsbehandling kan være lovfestet formelt eller subjektivt opplevd som uformell tvungen deltakelse i rusbehandling. Dette vil være forskjellige fenomener, men vårt oppdrag var åpent for begge deler.

OPIOIDAVHENGIGHET

Med opioidavhengighet mener vi primært heroinavhengighet. Vanlig behandling for opioidavhengige i dag inkluderer substitusjonsbehandling med eksempelvis metadon og subutex. Det finnes også rusbehandlingsprogram for opioidavhengige der det ikke benyttes medikamentell avrusnings- og/eller substitusjonsbehandling.

Metode

Arbeidet ble utført som en kunnskapsoppsummering med søk etter forskning av høy kvalitet. Vi har gjort brede og systematiske søk for å identifisere relevant vitenskapelig litteratur på den forhåndsdefinerte problemstillingen. Arbeidet ble utført av en prosjektgruppe ved Kunnskapssenteret i henhold til Kunnskapssenterets metodebok. Den ferdige rapporten ble fagfellevurdert både internt i Kunnskapssenteret og av to eksternt oppnevnte eksperter på fagfeltet. Rapporten er ferdigstilt i henhold til Kunnskapssenterets nye håndbok som ble publisert i juni 2009 og den er tilgjengelig på nettsi-

den: [http://www.kunnskapssenteret.no/intranett/H%C3%A5ndb%C3%B8ker/H%C3%A5ndbo](http://www.kunnskapssenteret.no/intranett/H%C3%A5ndb%C3%B8ker/H%C3%A5ndbo%20k+-+Slik+oppsummerer+vi+forskning)

LITTERATURSØK

Vi søkte i følgende databaser 18. – 23. mars 2009:

- Ovid Medline
- Ovid Embase
- Ovid PsycINFO
- Cochrane Library
- CRD

Vi brukte emneord og tekstord i kombinasjon med metodefilter for å identifisere relevante effektstudier og systematiske oversikter. Metodefiltrene vi tok i bruk er designet for å fange opp systematiske oversikter og randomiserte og kontrollerte studier. Forskningsbibliotekar Karianne Thune Hammerstrøm planla og utarbeidet samtlige litteratursøk i samarbeid med prosjektleder Asbjørn Steiro. Fullstendig søkestrategi for hver database er gjengitt i vedlegg 2.

INKLUSJONSKRITERIER

Studiedesign (i prioritert rekkefølge):

1. systematiske oversikter som beskriver litteratursøk og kriterier for inklusjon og metodevurdering av enkeltstudier

2. randomiserte, kontrollerte enkeltstudier

Populasjon: Opioidavhengige

Tiltak: Rusbehandling med tvungen deltakelse sammenlignet med ordinær rusbehandling uten tvang

Utfall: Overdosedødsfall eller annen dødelighet, nedtrapping og avsluttet bruk av illegale rusmidler, fullføring av rusbehandling, fysisk og psykisk helse og kriminalitet og anti-sosial atferd

Språk: Engelskspråklige artikler samt skandinaviske artikler

Vi ønsket å identifisere studier som hadde undersøkt effektene av tvangsbehandling så lenge den var definert slik av forskerne eller av deltakerne. Vi ønsket altså å inkludere forskning uansett hvordan tvangsbehandling var definert og gjennomført. Forskning som benytter rusbehandling både med og uten legemidler ble vurdert som aktuelt.

Vi vil inkludere forskning der det eksplisitt ble gjort rede for klientgruppas avhengighet til eksempelvis morfin, kodein, metadon, subutex med mer. Dersom vi fant forskning om personer med rusavhengighet til både opioider og andre rusmidler ville vi inkludere denne og analysere den separat.

EKSKLUSJONSKRITERIER

Design: Ikke-systematiske oversikter og observasjonsstudier

Populasjon: Avhengighet knyttet til alkohol, amfetamin, kokain, eller andre rusmidler enn opioider

ARTIKKELUTVELGELSE

To prosjektmedarbeidere leste alle unike titler identifisert i litteratursøket uavhengig av hverandre. Hvis én av prosjektmedarbeiderne vurderte en tittel som relevant, gikk artikkelen videre for vurdering av sammendrag. Uavhengige lesepar vurderte også potensielt relevante sammendrag for inklusjon. Der det var enighet om inklusjon eller usikkerhet om relevans ble artikkelen bestilt inn i fulltekst for videre vurdering.

FAGFELLEVRDERING

Rapportutkast ble fagfelleurdert internt og eksternt. Eksterne fagfeller har vært professor Arne Gerdner, Mittuniversitetet i Østersund, Sverige og seniorrådgiver Gabrielle Welle-Strand, Avdeling rusmidler Helsedirektoratet. Interne fagfeller var forskerne Hege Kornør og Therese Opsahl Holte.

Resultat

I dette kapitlet beskriver vi vanligvis hvor mange studier vi inkluderte og resultatene av disse. For vår problemstilling fant vi ingen studier som tilfredstilte våre inklusjonskriterier. Vi presenterer derfor bare informasjon om resultatet av litteratursøket.

KUNNSKAPSGRUNNLAGET

Vi fikk totalt 624 treff i alle databasene. Det var 150 treff som ble vurdert til å være dubletter og derfor ble de fjernet fra referanselisten vår. Totalt fant vi 474 unike titler i litteratursøket. Vi innhentet 23 studier i fulltekst og samtlige ble senere ekskludert (se vedlegg 2 med henvisning og eksklusjonsårsak).

Figur 1. Flytskjema over sorteringsprosessen

Medline	249
Embase	90
PsycINFO	132
Cochrane Central Register of Controlled Trials	99
CRD	59
Total	624

23 artikler bestilt i fulltekst

23 oppfylte ikke kriteriene for inklusjon

0 artikler inkludert i kunnskapsgrunnlaget

Rapporten vår bygger på en tidligere utført systematisk oversikt fra 2002, og der vi fra denne innhentet 4 enkeltstudier som hadde undersøkt tvangsbehandling av opioidavhengige. Vi har også søkt etter forskningslitteratur og planen var å kritisk



vurdere enkeltstudier publisert etter 2002. Vi fant i alt 9 studier som var mulig treff på problemstillingen vår, men både den nevnte systematiske oversikten og alle enkeltstudiene ble tatt ut etter en kritisk vurdering.

EKSKLUSJONSÅRSAKER

Det var altså 23 artikler som ble ekskludert etter at de var innhentet i fulltekst. Årsaken(e) til dette var primært at de ikke traff vår problemstilling og sekundært fordi de ikke hadde nødvendig studiedesign (se vedlegg 2). Mange studier ble tatt ut fordi tvangsbehandling var evaluert hos personer som ikke var opioidavhengige, eller hvor andelen opioidavhengige var liten. Noen studier manglet kontrollgruppe, og de hadde derfor metodiske svakheter, som gjør det vanskelig å ha tiltro til resultatene.

Etiske utfordringer ved tvangsbehandling av opioidavhengige

METODE

Tvangsbehandling av opioidavhengige gir opphav til flere moralske problemstillinger, som også behandlerne oppfatter som moralsk utfordrende (2).

For å redegjøre for disse følges en metodikk som er utviklet for å håndtere etiske problemstillinger i vurderinger av tiltak i helsetjenesten. Metoden går ut på å belyse og drøfte (et utvalg av 32) moralske spørsmål, og er nærmere beskrevet andre steder (2-4). Hensikten er å informere beslutningsprosessen om etiske problemstillinger.

HVA ER MORALSKE UTFORDRINGER VED TVANGSBEHANDLING?

Bruk av tvang av offentlig institusjon generelt, og i helsetjenesten spesielt er etisk utfordrende. Tvang fordrer aktsomhet og spesielle etiske og juridiske begrunnelser (5-13). Dette er fordi bruk av tvang strider mot grunnleggende verdier og rettigheter generelt (7) og at pasienter kan være i en særlig sårbar situasjon spesielt. Tvangstiltak utfordrer særlig autonomiprinsipp, prinsipper om velgjørenhet og omsorg, et nytteetisk ikke-skade-prinsipp (14) samt menneskeverd- og grunnleggende menneskerettigheter.

Rusavhengige er ofte ikke autonome i forhold til sin rusmiddelavhengighet. Det gir utfordringer i forhold til vurdering av samtykke og handlingsvalg ved manglende samtykkekompetanse (15). (Mer om selvbestemmelse og samtykke nedenfor). Man kan også skille mellom tvang som forutsetning for behandling og tvang som behandlingsmetode. Det kan argumenteres for at tvang er kun en ramme som gir muligheter for behandling, for eksempel gjennom alliansebygging, motivering og atferdsendring (16). Dessuten finnes det mange former for tvang, som oppleves ulikt for den enkelte (eksempelvis obligatorisk testing, redusert bevegelsesfrihet, tvangsmedisinering).

Alkohol- og stoffmisbruk har lenge vært inkludert i internasjonale klassifiseringssystemer for sykdom (ICD, DSM), men hvorvidt rusmiddelavhengighet er en sykdom som skyldes biologisk eller atferdsmessige forhold er fortsatt kontroversielt (17;18). At stoffene som anvendes selges ulovlig og skaffes til veie ved kriminalitet kan gjøre at rusmiddelbruk også blir definert som kriminalitet (19).

Sosialtjenesteloven gir hjemmel til å tilbakeholde gravide rusavhengige (§6-2A). Det begrunnes med hensynet til tredjepart (foster), som reiser etiske spørsmål (20). Siden problemstillingen i denne rapporten er virkningen av behandling for den rusavhengige, er etiske problemstillinger med hensyn på tredjepart holdt utenfor. Det er også en rekke etiske utfordringer knyttet til tvangsbehandling som alternativ til straff (21;22). Strafferettslig begrunnelse for tvangsbehandling er et særrområde som ikke er behandlet i denne rapporten.

Berørte parter

Personer som tvangsbehandles for opioidavhengighet er de som primært er berørt av tiltakene, men aktører i behandlingsapparatet, familie og pårørende er også berørt. Samfunnet er også involvert gjennom bruk av tvang overfor borgere. I den grad det benyttes LAR eller heroinassistert behandling berøres også produksjons- og salgsledd i heroinforsyningen.

Det er lite kunnskap om de tvangsbehandlede oppfatning av tvang. Enkelte studier peker på at ikke alle som underlegges tvangsbehandling føler seg tvunget (23). På tilgrensede områder (psykiatrien) har man sett at oppfatningen til tvang varierer hos de som blir tvunget (24), og enkelte studier viser at flertallet av tvangsbehandlede aksepterer og støtter behandlingen i ettertid (25). Representanter for behandlingsapparatet synes å støtte tvangsbehandling (26). Pårørende er ofte positive til bruk av tvang (27)

Hvilke problem løser tvangsbehandling? Hvem definerer problemet og løsningsalternativer?

Problemet er opioidavhengighet, med følgende helseproblemer og død. Det er definert av samfunnet og behandlingsinstitusjoner. I tvangssituasjoner erkjenner personen enten ikke avhengigheten, behovet for hjelp eller mangler troen på egen evne til å forandre seg (28). Løsningsalternativene er definert av behandlingsinstitusjonene (som behandlingsinitiativer) og av samfunnet, som må akseptere og legitimere dem. Utfordringen er at uten tiltak har opioidavhengighet høy dødelighet og derfor gir et påtrykk for å finne mulige løsninger, der behandling under tvang er ett alternativ til frivillig behandling, som er vanskelig å gjennomføre og har forholdsvis liten effekt.

Hva er de moralsk relevante konsekvensene av å ta i bruk tvangsbehandling?

Den intenderte effekten av tvangsbehandling av rusavhengige er redusert dødelighet, sykkelighet (sykehusinnleggelse), kriminalitet (fengslinger) og rusmiddelavhengighet. Andre mulige konsekvenser av tvangsbehandling er overgrep og redusert tillit til helse(- og sosial)tjenesten (29).

Det synes å være generell aksept for bruk av tvang (27). Ved usikre og alvorlige konsekvenser vil man normalt være forsiktig (i h.h.t. føre-var-prinsippet) og kreve gode begrunnelser. Normalt vil man være forsiktig og kreve gode begrunnelser, ved tiltak med usikre og alvorlige konsekvenser (i h.h.t. føre-var-prinsippet).

Valg av endepunkt er også moralsk relevant: Det er forskjell å ha redusert dødelighet og sykkelighet som endepunkt og å sikte mot redusert kriminalitet.

Utfordrer innføring eller bruk av helsetiltaket pasientenes autonomi, deres integritet, verdighet eller deres (menneske)rettigheter?

Som nevnt, utfordrer bruk av tvang grunnleggende rettigheter. Tvangsbehandlingen reduserer den rusavhengiges kontroll, frihet og selvbestemmelse og truer vedkommendes integritet. Samtidig er bakgrunnen for behandlingen at den rusavhengige har redusert selvbestemmelse med hensyn på rusmiddelbruk. Dette er utfordrende fordi:

- a) personen kan ikke gi gyldig samtykke til behandlingen,
- b) redusert selvbestemmelse er i seg selv en del av problemet (økt selvbestemmelse er et behandlingsmål) (30)
- c) tvangsbehandling forutsetter (og fremmer) redusert tillit, som ofte oppfattes som en viktig forutsetning for effektiv behandling, (22)
- d) redusert selvbestemmelse kan også være et resultat av ytre press (fra familie, pårørende og behandlere)

Redusert selvbestemmelse betyr økt sårbarhet og økt behov for at omverdenen verner om og ivaretar personens integritet (31;32). Tvangsbehandling kan føre til at personens selvbestemmelse øker. Det gir et paradoks ved at man må nekte rusavhengige selvbestemmelse for å kunne styrke deres selvbestemmelse (33;34).

Hjemles eller utfordrer helsetiltaket relevante lover?

Tvangsbehandling av rusavhengige hjemles i sosialtjenesteloven (§6), der rusavhengige som utsetter sin psykiske eller fysiske helse for omfattende eller vedvarende fare kan tas inn i institusjon uten samtykke (§6-2). Rusavhengige kan holdes tilbake i en periode på tre uker om de har gitt samtykke til det ved oppstart av behandlingen (§6-3). En internasjonal sammenligning viser at tvang overfor rusmiddelbrukere er hjemlet i lovverket i en rekke land, men at anvendelsen varierer mye (35).

I norsk pasientrettighetslovgiving har pasienter større rettigheter til å nekte behandling enn til å forlange behandling. Retten til å nekte behandling er dog begrenset til behandling som ikke er påtrengende nødvendig (eller til situasjoner der pasienten er døende, sultestreikende eller har religiøs overbevisning om mottak av blod). Det betyr at pasienter kan gis helsehjelp mot deres vilje dersom helsehjelpen er påtrengende nødvendig enten de er samtykkekompetente eller ikke (med de tre unntakene nevnt i parentesene ovenfor).

Mulighetene for bruk av tvang for pasienter uten samtykkekompetanse er utvidet med virkning 1.1.2009 (pasientrettighetsloven §4A). Fordi bruk av tvang er krenkende og nedverdiggende, selv om hensikten er den aller beste, hevder enkelte at utvidelsen av den norske loven strider mot menneskerettighetene. En viktig utfordring er også at helsepersonell, som skal forestå eller gjennomføre behandling, skal vurdere personers samtykkekompetanse, uten at det er klart at de har spesiell kompetanse på dette. I hvilken grad rusavhengige mangler samtykkekompetanse i forhold til beslutninger om behandling generelt er også kontroversielt. Helsepersonell har også ansvar for å gi forsvarlig helsehjelp til rusmisbrukere, og tvang kan være et nødvendig hjelpemiddel for å oppnå dette (36).

Er det ulikheter i bruk av tvang eller skaper bruk av tvang ulikheter?

Det synes å være store variasjoner i bruk av tvang i psykisk helsevern (27). Dersom det også gjelder rusavhengige utfordrer det normer for lik og rettferdig tilgang til helsetjenester og kaller på oppmerksomhet i forhold til at sårbare grupper kan komme dårligere ut.

Rusavhengige er utsatt for helseplager og har betydelig risiko for død. Helsetilstanden har derfor høy alvorlighetsgrad. Hvis helsetiltakene for rusmiddelbrukerne har lav effektivitet og lav kostnadseffektivitet, vil de likevel få lav prioritet, selv om alvorlighetsgraden er høy. Men lav (kostnads)effektivitet er ikke den eneste grunnen til rusmiddelbrukere har hatt lav prioritet i helse- og sosialtjenesten. Rusavhengige synes å ha hatt lav status, også i helsetjenesten.

Det er kjønnsmessige ulikheter ved bruk av tvang (37), men en viktig årsak til dette er involvering av "tredjeperson" (hensyn til foster og fremtidig barn).

Kan helsetiltaket skade pasienten?

Tvang kan være krenkende og nedverdiggende og redusere tilliten til behandlere, og derved også effekten av tiltak (38). Tvang oppleves forskjellig, og enkelte opplever særlig innestengingen som krenkende, og ikke behandlingen [SOU 2004:3 <http://www.regeringen.se/sb/d/189/a/1527>]

Det finnes også forskningsetiske utfordringer med å forske på rusavhengige (39). Forskningspersonens selvbestemmelse (inklusive frivillighet), konfidensialitet, sårbarhet og bruk av insitamenter har vært de som er mest drøftet (40).

Samlet sett gir tvangsbehandling av opioidavhengige en rekke moralske utfordringer. Tvang reduserer personers kontroll, frihet, selvbestemmelse og integritet. Det kan redusere tillit til behandler og behandlingsutbytte, men tvangsbruk kan også fremme personens autonomi, dersom behandlingen er effektiv. Det skal gode moralske grunner til bruk av tvang, slik som at personen kan skade seg selv eller andre, at tilstanden som skal behandles er alvorlig og at det finnes (kostnads)effektiv behandling.

Diskusjon

Hovedfunnene i denne kunnskapsoppsummeringen er at vi ikke har funnet forskning av høy kvalitet som gir svar på spørsmål om effekten av tvangsbehandling av opioidavhengige.

SVAKHETER VED LITTERATURINNHEENTINGEN

Litteratursøket som ligger til grunn for denne rapporten baserer seg på søk i standard databaser. Vi har også brukt velkjente metodefiltre for å begrense antall irrelevante treff, og vi har kun søkt etter systematiske oversikter og studier med kontrollgruppe, enten randomiserte kontrollerte studier eller kontrollerte studier.

For å sikre at vi finner alle relevante enkeltstudier, inkludert studier som har brukt andre forskningsdesign, vil det være nødvendig å gå bredere ut i flere databaser og nettsteder som er særlig relevant for denne problemstillingen. Det er imidlertid viktig å være klar over at slike studier sannsynligvis har metodiske svakheter som gjør at resultatene må tolkes med forsiktighet. Som regel vil det også være formålstjenelig å kontakte eksperter og gå gjennom konferansemateriale for å finne forskningsfunn som kanskje ikke er publisert. Dette arbeidet ville ha tatt mye lengre tid, og var ikke mulig innenfor mandatet av dette prosjektet.

KONTROLLGRUPPER

Vi fant ingen studier med (randomisert) kontrollerte metodedesign. Det kan tenkes at det finnes forskning der det er benyttet andre metodedesign. Disse vil i gi oss begrenset kunnskap om effekter av selve tvangsbehandlingen spesielt på grunn av problemer knyttet til seleksjonsskjevhet. Bruk av tvang er en behandling som stiller høye krav til gjennomføring og også samtykke i en randomisert kontrollert studie med denne populasjonen. Det vil allikevel kunne være mulig å benytte andre typer kontrollerte studiedesign. Når vi ikke fant noen kontrollerte studier som kan besvare denne problemstillingen kan dette kunnskapsgrunnlag vise et kunnskapshull, eller at det ikke publiseres forskning på denne problemstillingen.

På det nåværende tidspunkt har vi ikke eksisterende forskningslitteratur tilgjengelig som kan gi oss sikker kunnskap om hva som er effekten av tvangsbehandling for opioidavhengige.

POPULASJONGRUPPEN

Det er svært få rusavhengige som kan defineres som opioidavhengige. Det vil derfor være lettere å finne naturalistiske studier foretatt på en bredere populasjon. Vi fant flere slike studier. Dersom studiene er utført slik at de analyserer og presenterer data om de ulike undergruppene av rusavhengige vil det kunne gi svar på vår problemstilling. Vi fant ingen slike analyser. Dersom det er interessant å se på en bredere populasjon av rusavhengige, vil vi kunne finne relevante enkeltstudier. Det som derimot blir problemet med slike studier er at vi ikke nødvendigvis kan overføre resultatene til kun én gruppe opioidavhengige. Av de med ulike typer rusavhengighet er det færrest som utelukkende bruker opioider.

PÅGÅENDE FORSKNING

Vi har blitt gjort oppmerksom på at Rokkansenteret ved Universitetet i Bergen evaluerer bruken av de norske tvangsbestemmelsene på oppdrag fra Helsedirektoratet. Evalueringen skal være ferdig første kvartal 2010. I henhold til deres prosjektbeskrivelse publisert på nettsiden deres fremgår det at de arbeider med følgende: "Tvang er omstridt av mange årsaker og det er anerkjent at tvang i behandlingssammenheng har en diskutabel effekt. I dette evalueringsopplegget ønsker vi å belyse effektspørsmålet gjennom dybdeintervjuer med et strategisk utvalg av klienter som har gjennomgått tvang på bakgrunn av de tre lovhjemlene vi skal evaluere." For mer informasjon gå til <http://www.rokkansenteret.uib.no/tvang/files/Prosjektbeskrivelse>

I tillegg fant vi ut at det pågår et doktorgradsarbeid finansiert av Norges Forskningsråd. Prosjektet utføres av Anne Oppsal og gjennomføres i samarbeid med henholdsvis Rus- og psykiatriposten ved ARA og Vestfoldklinikken. På nettsiden er det presentert at studien er det første i sitt slag og den benytter en kontrollgruppe som er frivillig i rusinstitusjonen. Følgende sitat er hentet fra nettsiden "Tilbakeholdelse uten samtykke er dyrt og etisk omdiskutert. Tvangsprosjektet tar sikte på å undersøke om anvendelsen av loven virker som tiltenkt". Nærmere beskrivelser finner du på http://www.avhengighetsbehandling.no/nyheter/tvang_mot_rus.html

JURIDISK VURDERING

Det vil kanskje være av interesse å se nærmere på de juridiske aspektene knyttet til denne problemstillingen. Dette var utenfor vårt mandat, men vi påpeker at det eksisterer norske publikasjoner på dette. Vi har blitt gjort oppmerksom på Karl Harald Søvig's doktoravhandling som drøfte problemstillinger knyttet til begrunnelsen for å legitimere tvangsinnleggelse og tolkning av de aktuelle reglene i Sosialtjenestelovens § 6-2 til § 6-3. (41).

TVANG

Konklusjonen i denne rapporten er at vi ikke har funnet forskning som kan belyse om tvangsbehandling virker. I en ny rapport med tittelen *Vurdering av behandlingstvilkåret i psykisk helsevernloven* undersøker en bruk av tvang i psykiatrien. Georg Høyer har i sin konklusjon i kapittel 7. Hva vet vi om effektene ved bruk av tvang? skrevet følgende: "På grunn av de metodologiske svakhetene ved den eksisterende forskningslitteraturen blir hovedkonklusjonen at vi i dag ikke har sikker kunnskap om effektene ved bruk av tvang i behandling av pasienter med psykiske lidelser". Han tok i sin forskningsoversikt med studier uavhengig av hvilken metodologisk tilnærming som var brukt og konkluderte også med at "Det mest slående funnet i denne gjennomgangen, er den svake kvaliteten studiene har". Hele oppsummeringen og rapporten er tilgjengelig på nettsiden til Helsedirektoratet http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00121/Vurdering_av_behand_121439a.pdf

Konklusjon

Innledningsvis stilte vi spørsmål om hva er effekten av tvangsbehandling for opioidavhengige og hvilke etiske spørsmål kan identifiseres som relevante.

Hovedfunnene i denne kunnskapsoppsummeringen er at vi ikke har funnet forskning av høy kvalitet som gir svar på våre spørsmål. Det kan tenkes at det finnes forskning der det er benyttet andre forskningsdesign, men disse vil sannsynligvis være beheftet med metodiske svakheter og vil i begrenset grad gi oss kunnskap om effekter av selve tvangsbehandlingen.

BEHOV FOR VIDERE FORSKNING

Det er behov for forskning på dette området hvis man vil vite om tvangsbehandling har effekter for opioidavhengige. En slik studie må utføres på en etisk hensiktmessig måte, og med best mulig metodisk design for å kunne trekke sikre konklusjoner.

Etiske spørsmål er viktige når vi ikke har et dokumentasjonsgrunnlag som kan gi svar på om tvangsbehandling har en effekt, eller ikke.

Referanser

1. Wild TC, Roberts AB, Cooper EL. Compulsory substance abuse treatment: an overview of recent findings and issues. [Review] [91 refs]. *European Addiction Research* 2002;8(2):84-93.
2. Hofman B. Toward a procedure for integrating moral issues in health technology assessment. *International Journal of Health Technology Assessment* 2005;21(3):312-8.
3. Hofman B. On value-judgements and ethics in health technology assessment. *International Journal of Technology Assessment and Ethics of Science* 2005;3(4):277-95.
4. Hofman B. Etik i vurdering av helsetiltak. Utvikling av en metode for å synliggjøre etiske utfordringer ved vurdering av helsetiltak. Oslo: Nasjonalt Kunnskapssenter for Helsetjenesten; 2008.
5. Andrews AB, Patterson EG. Searching for solutions to alcohol and other drug abuse during pregnancy: ethics, values, and constitutional principles. *Soc Work* 1995;40(1):55-64.
6. Caplan AL. Ethical issues surrounding forced, mandated, or coerced treatment. *J Subst Abuse Treat* 2006;31(2):117-20.
7. de Miranda S. The ethics of statutory coercion in the treatment of chemical substance abuse/dependence (addiction). *Medicine & Law* 1989;7(5):427-32.
8. Galon PA, Liebelt RA. Involuntary treatment of substance abuse disorders. *New Dir Ment Health Serv* 1997;(75):35-45.
9. Gostin LO. Compulsory treatment for drug-dependent persons: justifications for a public health approach to drug dependency. *Milbank Quarterly* 1991;69(4):561-93.
10. Kleinig J. Ethical issues in substance use intervention. *Subst Use Misuse* 2004;39(3):369-98.
11. Miller FG, Miller GA. Mandated addiction services: Potential ethical dilemmas. Small, Richard F (Ed); Barnhill, Laurence R (Ed) (1998) *Practicing in the new mental health marketplace: Ethical, legal, and moral issues* (pp 169-183) ix, 277 pp Washington, DC, US: American Psychological Association 1998;(Ed):Laurence-183.
12. Weinstein BA, Raber MJ. An ethical assessment of structured intervention with chemically dependent clients. *Employee Assistance Quarterly* 1997;13(3):19-31.

13. Sullivan MA, Birkmayer F, Boyarsky BK, Frances RJ, Fromson JA, Galanter M, et al. Uses of coercion in addiction treatment: Clinical aspects. [References]. *The American Journal on Addictions* 2008;17(1):36-47.
14. Nilssen E. Coercion and justice: A critical analysis of compulsory intervention towards adult substance abusers in Scandinavian social law. *International Journal of Social Welfare* 2005;14(2):134-44.
15. Appelbaum PS. Consent and coercion: research with involuntarily treated persons with mental illness or substance abuse. *Account Res* 1995;4(1):69-79.
16. Tingstein K. Tvang i rusbehandlingen fungerer.: Dagsavisen; 2008.
17. Gori GB. Failings of the disease model of addiction. *Human Psychopharmacology* 1996;11(SUPPL. 1):S33-S38.
18. Morse SJ. Medicine and Morals, Craving and Compulsion. *Subst Use Misuse* 2004;39(3):437-521.
19. Skeie, I. Mellom medisn, moral og moralisme. *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening* 2004;124(21):-2797.
20. Barnes AM. Competency, coercion, and risk of violence: legal intersects with fundamental issues of mental health. *Marquette Law Rev* 1999;82(4):713-22.
21. Hartjen CA, Mitchell SM, Washburne NF. Sentencing to therapy: Some legal, ethical, and practical issues. *Journal of Offender Counseling, Services & Rehabilitation* 1981;6(1-2):21-39.
22. Klag S, O'Callaghan F, Creed P. The use of legal coercion in the treatment of substance abusers: An overview and critical analysis of thirty years of research. *Subst Use Misuse* 2005;40(12):1777-95.
23. Wild TC, Newton-Taylor B, Alletto R. Perceived coercion among clients entering substance abuse treatment: structural and psychological determinants. *Addict Behav* 1998;23(1):81-95.
24. Hiday VA, Swartz MS, Swanson J, Wagner HR. Patient perceptions of coercion in mental hospital admission. *International Journal of Law and Psychiatry* 1997;20(2):227-41.
25. Greenberg WM, Moore-Duncan L, Herron R. Patients' attitudes toward having been forcibly medicated. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law* 1996;24(4):513-24.
26. Wild TC, Newton-Taylor B, Ogborne AC, Mann R, Erickson P, Macdonald S. Attitudes toward compulsory substance abuse treatment: A comparison of the public, counselors, probationers and judges' views. *Drugs: Education, Prevention & Policy* 2001;8(1):33-45.
27. Analyse av tvang i psykisk helsevern. Oslo: SINTEF; 2006.
28. Gerdner A, Homberg A. Factors affecting motivation to treatment in severely dependent alcoholic. *Journal of Studies on Alcohol* 2000;61(4):548-60.
29. Blackwell B. Treatment compliance and the therapeutic alliance. (1997) *Treatment compliance and the therapeutic alliance xvii, 325 pp* Amsterdam, Netherlands: Harwood Academic Publishers 1997;(1997):325.

30. Spriggs M. Can we help addicts become more autonomous? Inside the mind of an addict. *Bioethics* 2003;17(5-6):542-54.
31. Janssens MJPA, Van Rooij MFAM, ten Have HAMJ, Kortmann FAM, Van Wijmen FCB. Pressure and coercion in the care for the addicted: ethical perspectives. *J Med Ethics* 2004;30(5):453-8.
32. Om verdier for den norske helsetenesta. Oslo: Stortingsmelding; 1999.
33. Caplan A. Denying autonomy in order to create it: The paradox of forcing treatment upon addicts. *Addiction* 2008;103(12):1919-21.
34. Foddy B, Savulescu J. Addiction and autonomy: can addicted people consent to the prescription of their drug of addiction? *Bioethics* 2006;20(1):1-15.
35. Arlebrink J Larsson Kronberg M. Tvångsvård vid Missbruk. Lund: Studentlitteratur; 2005.
36. Braut, GS. Krav til rusmiddelarbeid i helsetenesta. *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening* 2003;123:49-51.
37. Nace EP Birkmayer F SMGMFJFRLFLCSRTJWJ. Socially sanctioned coercion mechanisms for addiction treatment. *Am J Addict* 2007;16(1):15-23.
38. Wiley D, Beattie M, Nguyen H, Puckett K, Banerjee K, Poon W. When You Assume... the Reality of Implementing a Legally Mandated Substance Abuse Treatment Program. [References]. *Journal of Psychoactive Drugs* 175;-180.
39. Brody JL, Waldron HB. Ethical issues in research on the treatment of adolescent substance abuse disorders. *Addict Behav* 2000;25(2):217-28.
40. Cohen CB. Ethical issues in mandatory drug testing. Rosner, Richard (Ed); Weinstock, Robert (Ed) (1990) *Ethical practice in psychiatry and the law* (pp 313-325) xvii, 348 pp New York, NY, US: Plenum Press 1990;(Ed):Robert-325.
41. Søvig K. Tvang overfor rusmiddelavhengige - sosialtjenesteloven §§ 6-2 til 6-3. Kristiansand: Fagbokforlaget; 2007.
42. Anglin MD. The efficacy of civil commitment in treating narcotics addiction. *Journal of Drug Issues* 1988;18(4):527-45.
43. Boles SM, Young NK, Moore T, DiPirro-Beard S. The Sacramento Dependency Drug Court: development and outcomes. *Child Maltreatment* 2007;12(2):161-71.
44. Brewster MP. An evaluation of the Chester County (PA) drug court program. [References]. *Journal of Drug Issues* 2001;31(1):177-206.
45. Burke AC, Gregoire TK. Substance abuse treatment outcomes for coerced and noncoerced clients. *Health & Social Work* 2007;32(1):7-15.
46. Gottfredson DC, Najaka SS, Kearley BW, Rocha CM. Long-term effects of participation in the Baltimore City drug treatment court: Results from an experimental study. [References]. *Journal of Experimental Criminology* 2006;2(1):67-98.
47. Henggeler SW. Juvenile drug courts: emerging outcomes and key research issues. [Review] [25 refs]. *Current Opinion in Psychiatry* 2007;20(3):242-6.

48. Kelly JF, Finney JW, Moos R. Substance use disorder patients who are mandated to treatment: characteristics, treatment process, and 1- and 5-year outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2005;28(3):213-23.
49. Listwan SJ, Sundt JL, Holsinger AM, Latessa EJ. The Effect of Drug Court Programming on Recidivism: The Cincinnati Experience. [References]. *Crime & Delinquency* 2003;49(3):389-411.
50. Marlowe DB, Festinger DS, Dugosh KL, Lee PA, Benasutti KM. Adapting judicial supervision to the risk level of drug offenders: discharge and 6-month outcomes from a prospective matching study. *Drug & Alcohol Dependence* 2007;88 Suppl 2:S4-13.
51. Marlowe DB, Festinger DS, Lee PA, Dugosh KL, Benasutti KM. Matching Judicial Supervision to Clients' Risk Status in Drug Court. [References]. *Crime & Delinquency* 2006;52(1):52-76.
52. Mills EJ, Wu P, Gagnier J, Ebbert JO. Efficacy of acupuncture for cocaine dependence: a systematic review and meta-analysis. *Harm Reduction Journal* 2005;2:4
53. Shanahan M, Lancsar E, Haas M, Lind B, Weatherburn D, Chen S. Cost-effectiveness analysis of the New South Wales adult drug court program. *Evaluation Review* 2004;28(1):3-27.
54. Vaughn MG, Howard MO. Adolescent substance abuse treatment: a synthesis of controlled evaluations. *Research on Social Work Practice* 2004;14(5):325-35.
55. Fugelstad A, Agren G, Romelsjo A. Changes in mortality, arrests, and hospitalizations in nonvoluntarily treated heroin addicts in relation to methadone treatment. *Substance Use & Misuse* 1998;33(14):2803-17.
56. Heale P, Lang E. A process evaluation of the CREDIT (Court Referral and Evaluation for Drug Intervention and Treatment) pilot programme. [References]. *Drug and Alcohol Review* 2001;20(2):223-30.
57. Desmond DP, Maddux JF. Compulsory supervision and methadone maintenance. *Journal of Substance Abuse Treatment* 1996;13(1):79-83.
58. Desland ML, Batey RG. A 12-month prospective comparison of court-diverted with self-referred heroin users. *Drug and Alcohol Review* 1992;11(2):121-9.

Vedlegg

VEDLEGG 1 – SOSIALTJENESTE OG PASIENTRETTIGHETSLOVEN

Tvangsbehandling med hjemmel i Sosialtjenesteloven

Sosialtjenestelovens paragraf åpner for bruk av tvang. I følge denne loven kan rusavhengige få tvangsbehandling med hjemmel i Loven om sosiale tjenester.

§ 6-1a. Sosialtjenestens plikt til å vurdere bruk av tvang etter melding fra pårørende

§ 6-2. Tilbakehold i institusjon uten eget samtykke.

§ 6-2a. Tilbakeholdelse av gravide rusmiddelmissbrukere

§ 6-3. Tilbakehold i institusjon på grunnlag av eget samtykke.

Fra 1. januar 2009 har pasientrettighetsloven gitt helsepersonell mulighet til å bruke tvang for å sikre at personer uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp. Før det besluttet å gi slik behandling må tillitsvekkende tiltak ha vært forsøkt (Kilde: Loven om sosialtjenester).

Tvangsbehandling med hjemmel i pasientrettighetsloven

§ 4A-3. Adgang til å gi helsehjelp som pasienten motsetter seg helsehjelpen

Før det kan ytes helsehjelp som pasienten motsetter seg, må tillitskapende tiltak ha vært forsøkt, med mindre det er åpenbart formålsløst å prøve dette.

Opprettholder pasienten sin motstand, eller vet helsepersonellet at vedkommende med stor sannsynlighet vil opprettholde sin motstand, kan det treffes vedtak om helsehjelp dersom

- a) en unnlattelse av å gi helsehjelp kan føre til vesentlig helseskade for pasienten, og
- b) helsehjelpen anses nødvendig, og
- c) tiltakene står i forhold til behovet for helsehjelp.

Selv om vilkårene i første og andre ledd er oppfylt, kan helsehjelp bare gis der dette etter en helhetsvurdering framtrer som den klart beste løsningen for pasienten. I vurderingen av om slik helsehjelp skal gis, skal det blant annet legges vekt på graden av motstand samt om det i nær fremtid kan forventes at pasienten vil kunne gjenvinne sin samtykkekompetanse.

(Kilde: Loven om pasientrettigheter).

VEDLEGG 2 – SØKESTRATEGI

Søk etter effektstudier

Ovid MEDLINE(R) In-Process & Other Non-Indexed Citations and Ovid MEDLINE(R) 1950 to Present

23.03.2009

249 treff

- 1 substance-related disorders/
- 2 exp alcohol-related disorders/
- 3 exp amphetamine-related disorders/
- 4 exp cocaine-related disorders/
- 5 exp marijuana abuse/
- 6 exp opioid-related disorders/
- 7 exp phencyclidine abuse/
- 8 exp substance abuse, intravenous/
- 9 (alcoholi\$ or drinker\$ or (drinking\$ adj problem\$)).tw.
((alcohol\$ or narcotic\$ or heroin or opiate\$ or opioid\$ or opium or cocaine\$ or cannabis\$ or marijuana or marihuana or hashish or phencyclidine or benzodiaz\$ or barbiturate\$ or amphetamine\$ or MDMA or hallucinogen\$ or ketamine or lsd or inhalant\$ or drug\$ or substance\$) adj2 (misuse or abuse\$ or addict\$ or depend\$ or disorder\$)).tw.
- 11 or/1-10
- 12 Coercion/
- 13 (coerc\$ not "sexual coercion").tw.
- 14 exp Mandatory Programs/
- 15 (mandated\$ or mandatory\$).tw.
- 16 (drug court\$ or court order\$ or court referral\$).tw.
- 17 (compulsory or involuntary).tw.
- 18 or/12-17
- 19 11 and 18
- 20 randomized controlled trial.pt.

21 controlled clinical trial.pt.
22 randomized.ab.
23 placebo.ab.
24 randomly.ab.
25 trial.ab.
26 groups.ab.
27 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26
28 humans.sh.
29 27 and 28
30 29 and 19
31 limit 19 to "reviews (specificity)"
32 30 or 31

EMBASE 1980 to 2009 Week 12

23.03.2009

90 treff

1 Alcoholism/
2 exp Drug Dependence/
3 Substance Abuse/
4 exp Drug Abuse/
5 exp Alcohol Abuse/
6 (alcoholi\$ or drinker\$ or drinking\$).tw.
((alcohol\$ or narcotic\$ or heroin or opiate\$ or opioid\$ or opium or cocaine\$ or
cannabis\$ or marijuana or marihuana or hashish or phencyclidine or benzodiaz\$
7 or barbiturate\$ or amphetamine\$ or MDMA or hallucinogen\$ or ketamine or lsd
or inhalant\$ or drug\$ or substance\$) adj2 (misuse or abuse\$ or addict\$ or de-
pend\$ or disorder\$)).tw.
8 or/1-7
9 (coerc\$ not "sexual coercion").tw.
10 Mandatory Program/
11 (mandated\$ or mandatory).tw.
12 (drug court\$ or court order\$ or court referral\$).tw.
13 involuntary.tw.
14 compulsory.tw.
15 or/9-14
16 8 and 15
17 Clinical Trial/
30 10BVedlegg

- 18 Randomized Controlled Trial/
- 19 Randomization/
- 20 Double Blind Procedure/
- 21 Single Blind Procedure/
- 22 Crossover Procedure/
- 23 PLACEBO/
- 24 placebo\$.tw.
- 25 randomi?ed controlled trial\$.tw.
- 26 rct.tw.
- 27 random allocation.tw.
- 28 randomly allocated.tw.
- 29 allocated randomly.tw.
- 30 (allocated adj2 random).tw.
- 31 single blind\$.tw.
- 32 double blind\$.tw.
- 33 ((treble or triple) adj blind\$).tw.
- 34 Prospective study/
- 35 or/17-34
- 36 Case study/
- 37 case report.tw.
- 38 Abstract report/
- 39 Letter/
- 40 Human/
- 41 Nonhuman/
- 42 ANIMAL/
- 43 Animal Experiment/
- 44 41 or 42 or 43
- 45 44 not (40 and 44)
- 46 or/36-39,45
- 47 35 not 46
- 48 16 and 47

PsycINFO 1806 to March Week 3 2009
23.03.2009
132 treff

1 exp drug abuse/

- 2 exp drug addiction/
- 3 exp alcoholism/
- 4 (alcoholi\$ or drinker\$ or drinking\$).tw.
((alcohol\$ or narcotic\$ or heroin or opiate\$ or opioid\$ or opium or cocaine\$ or cannabis\$ or marijuana or marihuana or hashish or phencyclidine or benzodiaz\$ or barbiturate\$ or amphetamine\$ or MDMA or hallucinogen\$ or ketamine or lsd or inhalant\$ or drug\$ or substance\$) adj2 (misuse or abuse\$ or addict\$ or depend\$ or disorder\$)).tw.
- 6 or/1-5
- 7 coercion/
- 8 (coerc\$ not "sexual coercion").tw.
- 9 (mandated\$ or mandatory\$).tw.
- 10 court referrals/
- 11 Involuntary Treatment/
- 12 (drug court\$ or court order\$ or court referral\$).tw.
- 13 involuntary\$.tw.
- 14 compulsory.tw.
- 15 or/7-14
- 16 6 and 15
- 17 empirical methods/
- 18 Experimental methods/
- 19 Quasi experimental methods/
- 20 experimental design/
- 21 between groups design/
- 22 followup studies/
- 23 repeated measures/
- 24 experiment controls/
- 25 experimental replication/
- 26 exp "sampling (experimental)"/
- 27 placebo/
- 28 clinical trials/
- 29 treatment effectiveness evaluation/
- 30 experimental replication.md.
- 31 followup study.md.
- 32 prospective study.md.
- 33 treatment outcome clinical trial.md.
- 34 placebo\$.tw.
- 35 randomi?ed controlled trial\$.tw.

- 36 rct.tw.
- 37 random allocation.tw.
- 38 (randomly adj1 allocated).tw.
- 39 (allocated adj2 random).tw.
- 40 ((singl\$ or doubl\$ or treb\$ or tripl\$) adj (blind\$3 or mask\$3)).tw.
- 41 (clinic\$ adj (trial? or stud\$3)).tw.
- 42 or/17-41
- 43 comment reply.dt.
- 44 editorial.dt.
- 45 letter.dt.
- 46 clinical case study.md.
- 47 nonclinical case study.md.
- 48 animal.po.
- 49 human.po.
- 50 48 not (48 and 49)
- 51 or/43-47,50
- 52 42 not 51
- 53 52 and 16

Cochrane Library; Wiley – Issue 1, 2009

18.03.2009

99 treff

- #1 MeSH descriptor Substance-Related Disorders explode all trees
- #2 MeSH descriptor Alcohol-Related Disorders explode all trees
- #3 MeSH descriptor Amphetamine-Related Disorders explode all trees
- #4 MeSH descriptor Cocaine-Related Disorders explode all trees
- #5 MeSH descriptor Marijuana Abuse explode all trees
- #6 MeSH descriptor Opioid-Related Disorders explode all trees
- #7 MeSH descriptor Phencyclidine Abuse explode all trees
- #8 MeSH descriptor Substance Abuse, Intravenous explode all trees
- #9 (alcoholi* or drinker* or drinking*):ti,ab
((alcohol* or narcotic* or heroin or opiate* or opioid* or opium or cocaine* or
cannabis* or marijuana or marihuana or hashish or phencyclidine or benzo-
#10 diaz* or barbiturate* or amphetamine* or MDMA or hallucinogen* or keta-
mine or lsd or inhalant* or drug* or substance*) near/2 (misuse or abuse* or

addict* or depend* or disorder*)):ti,ab

#11 (#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10)

#12 MeSH descriptor Coercion explode all trees

#13 (coerc* NOT "sexual coercion"):ti,ab

#14 (drug next court*) or (court next order*) or (court next referral*):ti,ab

#15 MeSH descriptor Mandatory Programs explode all trees

#16 (mandated* or mandatory):ti,ab

#17 (compulsory or involuntary):ti,ab

#18 (#12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17)

#19 (#11 AND #18)

CRD

18.03.2009

59 treff

1 MeSH Substance-Related Disorders

2 MeSH Alcohol-Related Disorders EXPLODE 1 2

3 MeSH Amphetamine-Related Disorders EXPLODE 1 2

4 MeSH Cocaine-Related Disorders EXPLODE 1 2

5 MeSH Marijuana Abuse EXPLODE 1 2

6 MeSH Opioid-Related Disorders EXPLODE 1 2

7 MeSH Phencyclidine Abuse EXPLODE 1 2

8 MeSH Substance Abuse, Intravenous EXPLODE 1 2

9 alcoholi* OR drinker* OR drinking*

10 ((alcohol* OR narcotic* OR heroin OR opiate* OR opioid* OR opium OR cocaine* OR cannabis* OR marijuana OR marihuana OR hashish OR phencyclidine OR benzodiaz* OR barbiturate* OR amphetamine* OR MDMA OR hallucinogen* OR ketamine OR lsd OR inhalant* OR drug* OR substance*) AND (misuse OR abuse* OR addict* OR depend* OR disorder*))

11 #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10

12 MeSH Coercion EXPLODE 1 2

13 coerc* NOT "sexual coercion"

14 drug AND next AND court*

15 drug NEAR court*

- # 16 court NEAR order*
- # 17 court NEAR referral*
- # 18 MeSH Mandatory Programs EXPLODE 1 2 3
- # 19 mandated* OR mandatory
- # 20 compulsory OR involuntary
- # 21 #12 OR #13 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20
- # 22 #11 AND #21

Søk etter etikk studier

Ovid MEDLINE(R) 1950 to April Week 4 2009

03.05.09

194 treff

- 1 substance-related disorders/
- 2 exp alcohol-related disorders/
- 3 exp amphetamine-related disorders/
- 4 exp cocaine-related disorders/
- 5 exp marijuana abuse/
- 6 exp opioid-related disorders/
- 7 exp phencyclidine abuse/
- 8 exp substance abuse, intravenous/
- 9 (alcoholi\$ or drinker\$ or (drinking\$ adj problem\$)).tw.
 ((alcohol\$ or narcotic\$ or heroin or opiate\$ or opioid\$ or opium or cocaine\$ or cannabis\$ or marijuana or marihuana or hashish or phencyclidine or benzodiaz\$
 10 or barbiturate\$ or amphetamine\$ or MDMA or hallucinogen\$ or ketamine or lsd
 or inhalant\$ or drug\$ or substance\$) adj2 (misuse or abuse\$ or addict\$ or de-
 pend\$ or disorder\$)).tw.
- 11 or/1-10
- 12 Coercion/
- 13 (coerc\$ not "sexual coercion").tw.
- 14 exp Mandatory Programs/
- 15 (mandated\$ or mandatory\$).tw.
- 16 (drug court\$ or court order\$ or court referral\$).tw.
- 17 (compulsory or involuntary).tw.
- 18 or/12-17
- 19 11 and 18
- 20 exp Morals/

- 21 (moral\$ or ethic\$).tw.
- 22 personal autonomy/
- 23 autonom\$.tw.
- 24 self determination\$.tw.
- 25 Informed Consent/
- 26 informed consent\$.tw.
- 27 (authenticit\$ or integrit\$ or digni\$).tw.
- 28 or/20-27
- 29 19 and 28

EMBASE 1980 to 2009 Week 18

03.05.09

100 treff

- 1 Alcoholism/
- 2 exp Drug Dependence/
- 3 Substance Abuse/
- 4 exp Drug Abuse/
- 5 exp Alcohol Abuse/
- 6 (alcoholi\$ or drinker\$ or drinking\$).tw.
 ((alcohol\$ or narcotic\$ or heroin or opiate\$ or opioid\$ or opium or cocaine\$ or cannabis\$ or marijuana or marihuana or hashish or phencyclidine or benzodiaz\$ or barbiturate\$ or amphetamine\$ or MDMA or hallucinogen\$ or ketamine or lsd or inhalant\$ or drug\$ or substance\$) adj2 (misuse or abuse\$ or addict\$ or depend\$ or disorder\$)).tw.
- 8 or/1-7
- 9 (coerc\$ not "sexual coercion").tw.
- 10 Mandatory Program/
- 11 (mandated\$ or mandatory).tw.
- 12 (drug court\$ or court order\$ or court referral\$).tw.
- 13 involuntary.tw.
- 14 compulsory.tw.
- 15 or/9-14
- 16 8 and 15
- 17 Morality/
- 18 exp ethics/
- 19 (moral\$ or ethic\$).tw.
- 20 personal autonomy/

- 21 autonom\$.tw.
- 22 self determination\$.tw.
- 23 informed consent/ or patient autonomy/
- 24 human dignity/
- 25 (authenticit\$ or integrit\$ or digni\$).tw.
- 26 or/17-25
- 27 26 and 16

PsycINFO 1806 to April Week 4 2009

03.05.09

134 treff

- 1 exp drug abuse/
- 2 exp drug addiction/
- 3 exp alcoholism/
- 4 (alcoholi\$ or drinker\$ or drinking\$).tw.
((alcohol\$ or narcotic\$ or heroin or opiate\$ or opioid\$ or opium or cocaine\$ or cannabis\$ or marijuana or marihuana or hashish or phencyclidine or benzodiaz\$ or barbiturate\$ or amphetamine\$ or MDMA or hallucinogen\$ or ketamine or lsd or inhalant\$ or drug\$ or substance\$) adj2 (misuse or abuse\$ or addict\$ or depend\$ or disorder\$)).tw.
- 5 or/1-5
- 6 coercion/
- 7 coercion/
- 8 (coerc\$ not "sexual coercion").tw.
- 9 (mandated\$ or mandatory\$).tw.
- 10 court referrals/
- 11 Involuntary Treatment/
- 12 (drug court\$ or court order\$ or court referral\$).tw.
- 13 involuntary\$.tw.
- 14 compulsory.tw.
- 15 or/7-14
- 16 6 and 15
- 17 morality/
- 18 exp ethics/
- 19 (moral\$ or ethic\$).tw.
- 20 self determination/
- 21 autonom\$.tw.
- 22 self determination\$.tw.

23 informed consent/

24 informed consent.tw.

25 integrity/

26 (authenticit\$ or integrit\$ or digni\$).tw.

27 or/17-26

28 27 and 16

VEDLEGG 3 – LISTE OVER EKSKLUDERTE STUDIER

First author	Short description	Reason for exclusion
Anglin(42)	The California Civil Acts Program (CAP) was a natural experiment established in 1961. During the first two years of the program, a number of legal and procedural errors occurred which produced a situation wherein a natural experiment could be conducted. Participants were 1000 persons addicted to various drugs, among them heroin. Data are based on a time-series where the groups were followed for 7-8 years before the intervention and 13 years post-intervention. The authors reported that the treatment reduced heroin use in the treatment group.	Excluded because it employed a time-series design.
Boles (43)	Dependency Drug Courts (DDCs) are a growing method of addressing the functional status and reunification success of families involved in child welfare and affected by substance use disorders. Results indicated that DDC participants had higher rates of treatment participation than did comparison participants. Primary drug problem ca 3-7 % heroin.	Excluded because of not meeting criteria of proportion of opiate participants
Brewster (44)	Drug court and comparison samples were compared in terms of current status, new arrests, revocation/removal from program, and drug testing results. Findings reveal a lower rate of positive results for drug tests taken by the drug court participants as compared to the comparison group. Opiates, inc heroin/morphine 4-7 % drug courts and control group.	Excluded because of not meeting criteria of proportion of opiate participants
Burke (45)	This study provides new evidence regarding the relation of coerced care to post treatment substance use and addiction severity while controlling for two important factors: readiness to change and addiction severity at admission to treatment. These data indicate that legally coerced participants were more likely than non-coerced participants to report abstaining from alcohol and other drugs in the 30 days before their follow-up interview. They were also more likely to demonstrate reduced addiction severity at follow-up. In the intervention group 15.5 % reported use of opi-	Excluded because of not meeting criteria of proportion of opiate participants

	ates, but only 3.3 % for the intervention group.	
Gottfredson (46)	This study uses an experimental design comparing 235 offenders assigned either to drug treatment court or treatment as usual at one and two years after the start of the program persist after three years, when many of the subjects had ceased active treatment. Less than 4 % reported use of opiates or other drugs.	Excluded because of not meeting criteria of proportion of opiate participants
Henggeler (47)	Evaluated the effectiveness of juvenile drug court for 161 juvenile offenders meeting diagnostic criteria for substance abuse or dependence and determined whether the integration of evidence-based practices enhanced the outcomes of juvenile drug court. More than half (60%) reported using crack, cocaine, or heroin three or more times per week, but unclear the proportion of heroin.	Excluded because of not meeting criteria of proportion of opiate participants.
Kelly (48)	This prospective study (n=2,095) examined differences in pre-treatment characteristics, treatment perceptions and satisfaction, during-treatment changes, and 1- and 5-year outcomes among these three types of patients and tested whether differences in pre-treatment characteristics or during-treatment changes could help explain post-treatment outcome similarities or differences.	Excluded because of not meeting criteria of proportion of opiate participants: 19% met diagnostic criteria for alcohol abuse (9%) or dependence (10%), 98% met criteria for cannabis abuse (38%) or dependence (60%), 4% met criteria for cocaine abuse (3%) or dependence (1%), and 21% were abusing or dependent on two or more of these substances.
Listwan (49)	This research adds to the literature on drug courts by examining the effect of drug court programming on multiple indicators of recidivism. Results of the study are mixed; however, the drug court treatment group did perform better when examining arrest for a drug-related offense.	Excluded because of not meeting criteria of proportion of opiate participants, not reported in baseline, participants or results.
Marlowe (50)	This article reports recent findings from a program of experimental research examining the effects of adapting judicial supervision to the risk level of drug-abusing offenders, but participants were not classified according to opiate addiction.	13 % of the participants reported opiate use, but no sub analysis where conducted for this group.
Marlowe (51)	This article reports recent findings from a program of experimental research examining the effects of adapting judicial supervision to the risk level of drug-abusing offenders, but participants were not classified according to opiate addiction.	13 % of the participants reported opiate use, but no sub analysis where conducted for this group.
Broadstock (44)	The purpose of this systematic review was to critically appraise the evidence pertaining to the effectiveness of compulsory detention for residential treatment in peo-	Excluded because of not meeting criteria of proportion of opiate participants, not reported in baseline, participants or results.

ple with chronic alcoholism and/or drug addiction.

Mills (52)

Studies of acupuncture compared with placebo or other control were eligible for inclusion. Auricular acupuncture was used in all of the included studies. The comparators included sham acupuncture, relaxation, brainwave modification and psychosocial treatments. Methadone use varied across trials, with patients using methadone excluded from 2 trials; one trial did not report the use of anti-craving medication.

Excluded because of not meeting criteria of intervention

Shannan(53)

The goal of the NSW ADC was to decrease the level of criminal activity that results from drug dependency by diverting offenders into programmes designed to reduce or eliminate drug dependence by using a combination of close supervision and therapeutic treatment. Individuals received a complete assessment of their therapeutic needs while undergoing detoxification. The participants also received treatment for their addiction (methadone, buprenorphine, naltrexone, or residential rehabilitation were the most common interventions), attended counselling and relapse prevention training, liaised with the probation and parole service, attended the ADC on a regular basis, and underwent random urine drug-screening tests. If a participant failed to comply with the ADC rules they were sanctioned, resulting in a period of incarceration (usually 7 to 14 days). If an individual continued to fail to comply, his or her involvement in the ADC could be terminated. If this occurred the original sentence was reviewed, and most of the terminated participants were incarcerated for the remainder of their sentence.

Excluded because of not meeting criteria of proportion of opiate participants, not reported in baseline, participants or results.

Vaughn (54)

Studies that compared a substance abuse intervention with a control treatment (either waiting-list control or another treatment) were eligible for inclusion. Studies of pharmacological treatment were only included if this was part of a psychosocial intervention. The included studies evaluated family therapy, multisystemic therapy, cognitive-behavioural therapy, coping skills training and life skills training. The interventions lasted between 4 and 44 weeks.

Excluded because of not meeting criteria of intervention.

Klag (43)

Drug and alcohol use presents a serious social problem for most countries in the world.

Excluded because of not meeting criteria of proportion of opiate participants, not re-

	<p>Of particular concern is the well-documented relationship between substance use and crime, which has contributed to an increased popularity and willingness to utilize more forceful means to pressure substance users into treatment. Although compulsory/legally mandated treatment is appealing, it has been one of the most fiercely debated topics in the addiction field, raising a number of issues including ethical concerns and motivational considerations. In this context, the most important question to be answered is whether or not compulsory treatment is effective in the rehabilitation of addicted offenders. Regrettably, three decades of research into the effectiveness of compulsory treatment have yielded a mixed, inconsistent, and inconclusive pattern of results, calling into question the evidence-based claims made by numerous researchers that compulsory treatment is effective in the rehabilitation of substance users. The present paper provides an overview of the key issues concerning the use and efficacy of legal coercion in the rehabilitation of substance users, including a critique of the research base and recommendations for future research.</p>	<p>ported in baseline, participants or results.</p>
<p>Fugelstad (55)</p>	<p>This study analyzes the mortality, hospitalizations, and arrests in a cohort of severe intravenous heroin users divided into three groups: those in methadone treatment, those discharged from treatment, and those who never received treatment. The study population consists of 101 heroin users, of whom 56 were HIV-seropositive. Because of intensive drug misuse, they underwent coercive residential treatment in Stockholm during the 3-year period 1986-1988. The mortality was lower in the methadone group, and all seven deaths were related to HIV-infection. Outside the program, 24 of 29 persons died from external violence and poisoning.</p>	<p>Excluded because of not meeting criteria of intervention</p>
<p>Heale (56)</p>	<p>The Court Referral and Evaluation for Drug Intervention and Treatment programme (CREDIT) was developed by a small group of magistrates at the Melbourne Magistrates' Court who wished to address the high rate of re-offending while on bail noted among illicit drug using offenders. An evaluation was conducted of the first 9 months' operation of the programme. The evaluation involved an analysis of key performance indicators (client uptake of CREDIT, retention in and satisfactory completion of treatment, the extent of re-offending while on bail) and interviews with 30 key informants and six programme participants. Despite a lack of conclusive evidence regarding the</p>	<p>Excluded because of not meeting criteria of intervention</p>

efficacy of the programme according to the identified key performance indicators, key informant interviews revealed a high level of support for the continuation of the programme.

Desmond (57)

Compared demographic, heroin use, and criminality characteristics of 47 heroin users (RHUs) referred by the Drug and Alcohol Court Assessment Programme (DACAP) with 45 self-referred heroin users (SHUs) at 12-mo post-presentation to determine whether an earlier health intervention effect occurred in the DACAP context. RHUs were younger and exhibited less heroin use. Considering demographic and criminal data at presentation, RHUs exhibited dysfunction in education, employment, and antisocial activity compared to SHUs. Results indicate that the DACAP scheme exerted an earlier health intervention effect in a sample experiencing dysfunction in other areas, principally legal and social. Prospective data demonstrated that both samples reported significant reductions in the proportion using heroin. The limitations of diverting clientele from the legal system to the treatment system are discussed.

Excluded because of not meeting criteria of intervention

Desland (58)

Treatment outcomes of 296 subjects admitted to methadone maintenance while on probation or parole are compared to those of 314 subjects admitted without such compulsory supervision. Equivalent treatment services were offered to both groups. The pre-treatment differences between groups were small except for time incarcerated. All subjects were followed for one year. The compulsory supervision group had worse outcomes with respect to retention, productive activity, and incarceration. The differences were small except for incarceration. The mean number of months incarcerated was 2.1 for the compulsory supervision group and 0.7 for the voluntary group. Of subjects discharged from treatment, a higher percentage of the compulsory supervision group was discharged because of incarceration, but a higher percentage of the voluntary group was discharged for noncompliance with program requirements. The findings do not support a policy of exclusion of opioid users from methadone maintenance because they are on probation or parole.

Excluded because of not meeting criteria of intervention

Wild (1)

An overview of research trends and issues in the area of compulsory substance abuse treatment is presented, using a sample of 170 English-language articles obtained from a search of 4 databases (Medline, PubMed, Embase, PsychINFO, supplemented by a manual search). About half (51 %) of these articles were non-empirical (i.e. literature reviews, policy proposals, legal and ethical commentaries on compulsory treatment). A subsample of empirical studies published since 1988 (n = 71) was coded to summarize research trends in relation to 3 key issues: (1) how compulsory treatment was studied (country of origin; type of compulsory treatment; treatment population), (2) the evidence base for judging effectiveness of compulsory treatment (research design; sampling; type, timing and results of outcome measures), and (3) the relationship between compulsory treatment and coercion (measurement strategies). Directions for future research are discussed.

Excluded because the review is not systematic.
