

RAPPORT

2026

FLERMETODISK OVERSIKT

Tilbakehold og bruk av
tvang i institusjon
overfor personer med
rusmiddelproblematikk

Utgitt av Folkehelseinstituttet

Område for helsetjenester

Tittel Tilbakehold og bruk av tvang i institusjon overfor personer med rusmiddelproblematikk: en flermetodisk oversikt

English title Compulsory admission and use of coercion in institutions towards people with substance use problems: a mixed methods systematic review

Ansvarlig Guri Rørtveit, direktør

Forfattere Trine Bjerke Johansen, prosjektleder,

Lars Jørn Langøien,

Solveig Skjeggedal Bjørnes,

Hans Bugge Bergsund,

Tiril Cecilie Borge

ISBN 978-82-8406-537-3

Publikasjonstype Systematisk oversikt

Antall sider 110 (186 inkludert vedlegg)

Oppdragsgiver Helse- og omsorgsdepartementet

Emneord (MeSH) Involuntary treatment, coercion, physical restraint, physical, adolescent, child, substance-related disorder, mental health

Sitering Johansen TB, Langøien LJ, Bjørnes SS, Bergsund HB, Borge TC. Tilbakehold og bruk av tvang i institusjon overfor personer med rusmiddelproblematikk: en flermetodisk oversikt [Compulsory admission and use of coercion in institutions towards people with substance use problems: a mixed methods systematic review]. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2026.

Innhold

INNHold	3
HOVEDBUDSKAP	5
SAMMENDRAG	6
KEY MESSAGES	9
EXECUTIVE SUMMARY (ENGLISH)	10
FORORD	13
INNLEDNING	14
Beskrivelse av problemet	14
Begrepsbruk knyttet til tvang og tilbakehold i institusjon	20
Hvorfor det er viktig å utføre denne kunnskapsoppsummeringen	21
Mål og problemstilling	21
METODE	23
Prosjektplan	23
Inklusjonskriterier	23
Litteratursøk	26
Utvelging av studier	27
Vurdering av studienes metodiske begrensninger og risiko for systematiske skjevheter	27
Uthenting av data	28
Analyser	29
Vurdering av tillit til resultatene	30
Andre vurderinger	32
Refleksivitet og tanker rundt egen posisjon	32
RESULTATER	34
Resultater av litteratursøket og utvelgelse av studier	34
Beskrivelse av de inkluderte studiene	35
Funn om forekomst og omfang av tilbakehold og tvang i institusjon	49
Funn om effekter av tilbakehold og tvang i institusjon	55
Funn fra kvantitative studier om konsekvenser av tilbakehold og tvang i institusjon sett i sammenheng	68
Funn fra kvalitativ syntese om tilbakehold og tvang i institusjon	70
Funn fra kvalitativ syntese sett i sammenheng	75

Funn fra flermetodisk syntese	78
DISKUSJON	86
Hovedfunn	86
Overensstemmelse med andre litteraturoversikter og studier	88
Er kunnskapsgrunnlaget dekkende og anvendelig?	93
Kan vi stole på kunnskapsgrunnlaget?	96
Styrker og svakheter ved denne systematiske oversikten	98
Kunnskapshull og behov for mer forskning	98
Resultatenes betydning for praksis	100
KONKLUSJON	102
REFERANSER	103
VEDLEGG 1: SØKESTRATEGI	111
VEDLEGG 2: BRUK AV KUNSTIG INTELLIGENS	152
Screening	152
Utarbeidelse av rapport	152
Ordforklaringer	153
VEDLEGG 3: RELEVANTE EKSKLUDERTE STUDIER LEST I FULLTEKST (N=117)	154
VEDLEGG 4: VURDERING AV METODISKE BEGRENSNINGER ELLER RISIKO FOR SYSTEMATISKE SKJEVHETER I DE INKLUDERTE STUDIENE	162
VEDLEGG 5: TILLIT TIL DOKUMENTASJONEN (GRADE CERQUAL)	168

Hovedbudskap

I Norge kan personer med langvarige og alvorlige rusproblemer tvangsinnlegges hvis de utgjør en fare for seg selv. Vi utførte en systematisk kunnskapsoppsummering: vi undersøkte forekomsten og omfanget av, konsekvenser av og erfaringer med tvangsinnleggelse og annen bruk av tvang i institusjoner overfor personer med alvorlige rusmiddelproblemer. Vi gjorde systematiske litteratursøk etter studier fra Skandinavia, vurderte studienes metodiske kvalitet og sammenfattet studienes funn.

Hovedfunnene viser at:

- Det fins svært lite forskning om hvor ofte tvangsinnleggelser og annen bruk av tvang skjer i institusjoner.
- Det fins lite forskning om konsekvensene av tvangsinnleggelser og annen bruk av tvang i institusjoner. Likevel, det ser ut til at mange som tvangsinnlegges har kortvarige forbedringer i helse, fungering og rusmiddelbruk. Men, det er umulig å si om tvangsinnleggelse i seg selv har flere positive eller negative konsekvenser.
- Pasientene har blandede følelser om å bli holdt tilbake mot sin vilje og utsatt for tvang. Mange beskriver tvang som krenkende og urettferdig, mens andre opplever tvang som nødvendig for å kunne tenke over og endre situasjonen sin.
- Det som synes viktigst (viktigere enn om det er tvangsinnleggelse eller ikke) når det gjelder hvordan de opplever tilbakehold og tvang er: å ha gode forhold til personalet, meningsfylte aktiviteter og nok tid. Dette ser ut til å gjøre dem mer motiverte for behandling og hjelper dem å kutte ned på rusen.
- God støtte i etterkant av oppholdet synes helt nødvendig for at en person skal klare å holde seg rusfri og få bedre helse.

Alt i alt fins det nokså mye god forskning om hvordan tvang oppleves av brukerne og ansatte. Det er likevel behov for mer forskning på mange områder når det gjelder tvang overfor personer med alvorlige rusmiddelproblemer.

Tittel:

Tilbakehold og bruk av tvang i institusjon overfor personer med rusmiddelproblematikk: en flermetodisk systematisk oversikt

Hvem står bak denne publikasjonen?

Folkehelseinstituttet, på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet

Når ble litteratursøket avsluttet?

Mars, 2025

Fagfellevurdering:

Heid Nøkleby, forsker, FHI

Torhild Kielland, universitetslektor, Universitetet i Innlandet

Magnus Israelsson, universitetslektor, Mittuniversitet, Sverige

Sammendrag

Innledning

Bruk av rusmidler kan gi alvorlige helseproblemer, avhengighet og høy dødelighet, særlig ved samtidige psykiske og somatiske tilleggslidelser. Gravide med rusmiddelproblematikk utgjør en særskilt risikogruppe fordi bruk av alkohol og andre rusmidler kan gi fosterskader. I Norge regulerer helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10 tilbakehold i institusjon uten samtykke for barn, voksne og gravide med rusmiddelproblemer. Institusjonen kan holde personen tilbake uten samtykke, men loven tillater ikke behandling uten samtykke. Formålet med tilbakeholdet er å motivere personen til undersøkelse og behandling.

For personer under 18 år har både kommunale helse- og omsorgstjenester, spesialisthelsetjenesten og barnevernet et ansvar, men tvangsplassering i institusjon i Norge skjer hovedsakelig med hjemmel i barnevernsloven. Sverige har en egen lov om tilbakehold for voksne med rusmiddelproblematikk (LVM), mens Danmark i hovedsak bygger på frivillighet og mer begrensede muligheter for tilbakehold uten samtykke. Det fins lite oppsummert forskning fra de skandinaviske landene om forekomst, konsekvenser og erfaringer med tilbakehold og bruk av tvang i institusjon for personer med rusmiddelproblematikk, særlig for barn og unge. Målet med oppsummeringen er å styrke kunnskapsgrunnlaget for videre utvikling og vurdering av regelverk og praksis for tvangsbruk overfor personer med rusmiddelproblemer.

Hensikt

Hensikten var å utarbeide en flermetodisk systematisk oversikt over skandinaviske studier om forekomst og omfang av, konsekvenser og erfaringer med tilbakehold og bruk av tvang i institusjon overfor personer med rusmiddelproblematikk.

Metode

Vi inkluderte empiriske studier fra Skandinavia publisert fra 2008 med datainnsamling fra 2005 eller senere. Populasjonen var barn og unge under 18 år, gravide og voksne med rusmiddelproblemer plassert i institusjon i helsetjenesten eller barnevernet, samt pårørende og ansatte. Både kvantitative, kvalitative og flermetodiske design ble inkludert. Litteratursøket ble gjennomført av en bibliotekar i mars 2025 i flere internasjonale databaser, supplert med søk i nordiske vitenarkiver, organisasjoners publikasjonslister, Google, Google Scholar og kunnskapsgrafen OpenAlex. Maskinlæring ble brukt som støtte i vurdering av titler og sammendrag. To prosjektmedarbeidere vurderte alle relevante fulltekster uavhengig av hverandre. Uenighet ble løst ved diskusjon eller

tredjepart. Metodisk kvalitet ble vurdert på samme måte ved hjelp av etablerte sjekklister tilpasset hvert enkelt studiedesign. Data ble hentet ut av én prosjektmedarbeider og kontrollert av en annen. Vi gjennomførte en flermetodisk syntese, der kvalitative og kvantitative funn først ble analysert hver for seg. Kvalitative data ble analysert ved tematisk syntese, mens data fra de kvantitative studiene ble sammenstilt narrativt grunnet stor heterogenitet i design, målinger og sammenligningsgrunnlag. Tilliten til kvalitative funn ble vurdert med GRADE-CERQual, men vi gjennomførte ingen tillitsvurdering av de kvantitative resultatene grunnet heterogeniteten. Til slutt integrerte vi funnene fra den kvalitative og kvantitative analysen i en samlet flermetodisk narrativ oppsummering.

Resultater

Vi inkluderte 46 publikasjoner publisert mellom 2009-2024 (35 unike utvalg) om forekomst, konsekvenser og erfaringer med tilbakehold og tvang i institusjon overfor personer med rusmiddelproblemer. Tretti studier undersøkte erfaringer med tilbakehold og bruk av tvang overfor voksne (n=12), ungdommer (n=9) og gravide (n=9), sett fra brukernes og ansattes perspektiv. Ingen studier undersøkte pårørendes erfaringer. Nitte studier undersøkte konsekvenser av tilbakehold og bruk av tvang overfor voksne (n=12), gravide (n=5) og ungdommer (n=2). Fem studier undersøkte forekomst av tilbakehold i institusjon, men ingen studier undersøkte omfanget av tvangsbruk i institusjon overfor denne gruppen.

Kunnskapsgrunnlaget om forekomst og omfang var begrenset, særlig for barn og unge. Vi fant ingen forskning eller registrerte tall som beskrev det konkrete omfanget av tvangstiltak i institusjonene overfor voksne eller gravide. Overordnede tall viste økt bruk av tvang i barnevernsinstitusjoner siden 2022, men andelen relatert til rusmiddelproblematikk er ukjent.

Når det gjelder konsekvenser indikerte studiene at de voksne utgjorde en svært belastet gruppe med høy dødsrisiko etter tvangsoppholdet, særlig rett etter utskrivning. Mange hadde perioder med bedring i rusmiddelbruk, kriminalitet og psykisk helse. Ingen bruk av rusmidler (rusfrihet) hang tydelig sammen med bedre helse og sosial fungering. Samtidig var risikoen for tilbakefall og gjentatt tvangsplassering høy. Det var også stor usikkerhet om hvilken betydning tvangsinnleggelse i seg selv hadde for dødelighet, rusfrihet og andre helseutfall. Det kan ikke konkluderes med at tvang, slik den praktiseres i Norge og Sverige, ga bedre langsiktige utfall enn alternative tiltak. Den kvalitative syntesen viste at tvang forstås og oppleves svært ulikt både av brukere og ansatte. Relasjonen og tilliten til ansatte, grad av medvirkning, meningsfullt innhold og struktur på institusjonen, var avgjørende for om tilbakeholdet opplevdes som hjelpsomt eller krenkende. Personene som ble tvangsplasserte hadde ofte mer alvorlig rusmiddelbruk og flere psykososiale belastninger enn andre med alvorlig rusmiddelbruk, og mange beskrev tvang som både nødvendig og belastende samtidig. Skillet mellom frivillig og tvungen innleggelse ble nyansert ettersom mange frivillig innlagte rapporterte om press til å «samtykke», mens enkelte tvangsinnlagte opplevde liten grad av tvang. Forholdet mellom tvang, frivillighet og motivasjon for endring fremsto som komplekst og dynamisk, og funnene understreker at eventuelle positive konsekvenser i stor

grad så ut til å være knyttet til kvaliteten på innholdet i oppholdet og særlig til oppfølgingen etter utskrivning, der gode og individuelt tilpassede oppfølgingstjenester fremstår som en forutsetning for varig rusmiddelfrihet og bedring.

Diskusjon

Kunnskapsgrunnlaget er omfattende, men begrenset når det gjelder forekomst av tvang i institusjon overfor personer med rusmiddelproblemer og konsekvenser av tvang på kort og lang sikt. Samtidig bygger oversikten på et bredt og variert datamateriale fra Norge, Sverige og delvis Danmark, med både registerstudier, longitudinelle studier og kvalitative undersøkelser fra sammenlignbare lovbestemmelser og institusjonskontekster. Det mangler imidlertid systematisk registrering og rapportering om bruk av tvangstiltak i institusjon etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10. Dette gjør det vanskelig å få oversikt over praksis, variasjon mellom institusjoner og utvikling over tid. Videre er det lite kunnskap om langtidsvirkninger etter avsluttet tilbakehold og om kumulativ risiko ved gjentatte tvangsopphold. Et særlig tydelig kunnskapshull er fraværet av studier som systematisk undersøker pårørendes erfaringer med tilbakehold og bruk av tvang.

Samtidig har oversikten flere metodiske styrker. Prosjektet har en forhåndsgodkjent prosjektplan, det ble gjennomført et omfattende systematiske litteratursøk i flere kilder og bruk av etablerte verktøy for kvalitetsvurdering og syntese, inkludert GRADE-CERQual for kvalitative funn. Det kvalitative kunnskapsgrunnlaget vurderes som godt egnet til å beskrive hvordan tilbakehold og tvangstiltak praktiseres og oppleves i Norge og Sverige, hvilke etiske og organisatoriske utfordringer som oppstår, og hvilke forhold ved rammer, relasjoner og innhold som ser ut til å ha betydning. Derimot gir det kvantitative kunnskapsgrunnlaget ikke grunnlag for kausale slutninger om effekten av tvang på langsiktige helse- og levekårsutfall, grunnet begrensninger i studiedesignet og de tilhørende metodiske begrensningene i de inkluderte studiene.

Konklusjon

Funnene viser at unge, voksne og gravide med rusmiddelproblemer tilbakeholdt i institusjon har et sammensatt utfordringsbilde bestående av alvorlige rusmiddel-, psykiske og sosiale problemer og forhøyet dødsrisiko, men funnene gir ikke grunnlag for å konkludere om tvang i seg selv gir bedre eller dårligere utfall enn frivillig plassering. Erfaringene med tvang er sammensatte: mange opplever tvang som krenkende, samtidig som de beskriver det som en nødvendig hjelp og et vendepunkt i livet. Relasjonen til ansatte, meningsfullt innhold og god oppfølging etter oppholdet fremstår som viktigere for motivasjon for rusmiddelfrihet og behandling, enn hvorvidt tilbakeholdet i institusjoner er frivillig eller på tvang. Videre er det behov for helhetlige og individuelt tilpassede oppfølgingstilbud og godt koordinerte tjenester som bedre ivaretar personer med alvorlige rusmiddelproblemer etter utskrivelsen fra institusjon.

Key messages

In Norway, people with long-term and severe substance use problems can be involuntarily admitted if they pose a danger to themselves. We conducted a mixed method systematic review where we examined the prevalence, extent, consequences and experiences of compulsory admission and other forms of coercion in institutions for people with severe substance use problems. We carried out systematic literature searches for studies from Scandinavia, assessed the methodological quality of the studies and summarised their findings.

The main findings show that:

- There is very little research on how often compulsory admissions and other forms of coercion occur in institutions.
- There is little research on the consequences of compulsory admission and other forms of coercion in institutions. Nevertheless, it appears that many people who are involuntarily admitted have short-term improvements in health, functioning and substance use. However, it is not possible to say whether compulsory admission in itself has more positive or negative consequences.
- Patients have mixed feelings about being admitted against their will and subjected to coercion. Many describe coercion as degrading and unfair, while others experience it as necessary in order to reflect on and change their situation.
- What seems most important (more important than whether the admission is compulsory or not) for how they experience detention and coercion is: having good relationships with staff, meaningful activities and sufficient time. This appears to increase their motivation for treatment and helps them reduce their substance use.
- Good support after the compulsory admission appears essential for people to stay abstinent and achieve better health.

Overall, there is a fair amount of good research on how coercion is experienced by service users and staff. Nevertheless, more research is needed in many areas concerning the use of coercion towards people with severe substance use problems.

Title:
Compulsory admission and use of coercion in institutions towards people with substance use problems: a mixed methods systematic review

Publisher:
The Norwegian Institute of Public Health conducted the review based on a commission from Ministry of Health and Care Services

Last search for studies:
March 2025

Peer review:
Internal:
Heid Nøkleby, researcher NIPH

External:
Torhild Kielland, assistant professor, University of Inland Norway

Magnus Israelsson, Assistant professor, Mid Sweden University

Executive summary (English)

Introduction

Use of alcohol and other psychoactive substances can lead to serious health problems, dependence and high mortality, particularly when combined with co-occurring mental and physical disorders. Pregnant women with substance use problems constitute a particularly high-risk group because alcohol and other substance use can cause fetal harm. In Norway, Chapter 10 of the Health and Care Services Act regulates compulsory admission in institutions without consent for children, adults and pregnant women with substance use problems. Institutions may retain a person without consent, but the law does not permit treatment without consent. The purpose of compulsory admission is to motivate the person to undergo assessment and treatment. For people under 18 years of age, municipal health and care services, specialist health services and child welfare services share responsibility, but compulsory placement in institutions is mainly based on the Child Welfare Act. Sweden has a separate act regulating compulsory care for adults with substance use problems (LVM), whereas Denmark is largely based on voluntariness and more limited possibilities for compulsory admission without consent. There is scant synthesized research from the Scandinavian countries on the prevalence, outcomes and experiences of compulsory admission and the use of coercion in institutions for people with substance use problems, particularly with respect to children and adolescents. The aim of this review is to strengthen the evidence base for further development and assessment of legislation and practice regarding the use of coercion towards people with substance use problems.

Objective

We conducted a mixed method systematic review of Scandinavian studies on the prevalence, extent, consequences and experiences of compulsory admission in institutions and the use of coercion towards people with substance use problems.

Method

We included empirical studies from Scandinavia published from 2008 onwards with data collection from 2005 or later. The population was children and adolescents, pregnant women and adults with substance use problems placed in institutions within the health services or child welfare services, as well as relatives and staff. Quantitative, qualitative and mixed-method designs were all eligible for inclusion. The literature search was conducted by a librarian in March 2025 in several international databases, supplemented by searches in Nordic repositories, publication lists from relevant organisations, Google, Google Scholar, and the OpenAlex knowledge graph. Machine learning

was used to support screening of titles and abstracts. Two project team members independently assessed all potentially relevant full texts. Disagreements were resolved through discussion or by involving a third reviewer. Methodological quality was assessed in the same way, using established checklists adapted to each specific study design. Data were extracted by one project member and checked by another. We conducted a mixed-method synthesis, in which qualitative and quantitative findings were first analysed separately. Qualitative data were analysed using thematic synthesis, while quantitative data were synthesised narratively due to substantial heterogeneity. Confidence in qualitative findings was assessed using GRADE-CERQual, but we did not assess the certainty of quantitative findings because of heterogeneity in design, measures and comparison groups. Finally, we integrated the findings from the qualitative and quantitative analyses into an overall multi-method narrative synthesis.

Results

We included 46 publications published between 2009 and 2024 (37 unique samples) on the prevalence, outcomes and experiences of compulsory admission and coercion in institutions for people with substance use problems. Thirty studies examined experiences of compulsory admission and the use of coercion among adults (n=12), youth (n=9) and pregnant women (n=9), from the perspectives of service users and staff. No studies examined relatives' experiences. Nineteen studies investigated outcomes of compulsory admission and coercion among adults (n=12), pregnant women (n=5) and youth (n=2). Five studies examined the prevalence of compulsory admission in institutions, but no studies investigated the overall extent of coercive measures in institutions towards this group. The evidence base on prevalence is limited, particularly for children and adolescents. We found no research or registry data describing the use of coercive measures in institutions towards adults or pregnant women. Aggregate numbers showed an increase in the use of coercion in child welfare institutions since 2022, but the proportion related to substance use problems is unknown.

With respect to consequences, the included studies indicate that adults subject to compulsory admission constitute a highly vulnerable group with an elevated risk of death following compulsory admission, particularly immediately after discharge. Many have periods of improvement in substance use, criminal activity and mental health. Abstinence is clearly associated with improvements in health and social functioning. At the same time, the risk of relapse and repeated compulsory admissions is high, and there is considerable uncertainty about the specific contribution of coercion itself on mortality, abstinence and other health outcomes. It cannot be concluded that coercion, as practised in Norway and Sweden, leads to better long-term outcomes than alternative interventions. The qualitative synthesis shows that coercion is understood and experienced in very different ways. The relationship and trust between those admitted and staff, the degree of user participation, meaningful institutional content and structure are crucial for whether users experience compulsory admission as helpful or as a violation. People who are involuntarily admitted often have greater substance use and psychosocial problems than others with severe substance use problems, and many describe coercion as both necessary and distressing at the same time. The distinction between voluntary and compulsory admission was nuanced, as many voluntarily admitted service users

reported pressure to “consent”, while some involuntarily admitted users reported feeling limited coercion. The relationship between coercion, voluntariness and motivation for change is complex and dynamic, and the findings underscore that any positive outcomes appear to be largely linked to the admission’s content quality, and in particular, the follow-up after discharge, where high-quality and individually tailored follow-up services seem to be a prerequisite for users’ sustained abstinence and improvement.

Discussion

The evidence is limited regarding the prevalence of coercion used in institutions and the short- and long-term consequences of coercion. At the same time, the review draws on broad and diverse data, mainly from Norway and Sweden, including registry-based studies, longitudinal studies and qualitative investigations from comparable legal frameworks and institutional contexts. There is a lack of systematic registration and reporting of the use of coercive measures in institutions under Chapter 10 of the Health and Care Services Act. This hampers acquisition of an overview of practice, variation between institutions and trends over time. Further, there is limited knowledge about long-term outcomes after discharge from compulsory admission and about cumulative risk associated with repeated compulsory admissions. A particularly clear knowledge gap is the absence of studies that systematically examine relatives’ experiences.

All the same, the review has several methodological strengths. The project followed a pre-specified protocol; comprehensive systematic literature searches were conducted in multiple sources; and established tools for quality appraisal and synthesis were used, including GRADE-CERQual for qualitative findings. The qualitative evidence base is considered suitable to describe how compulsory admission and coercive measures are practised and experienced in Norway and Sweden, what ethical and organisational challenges arise, and which aspects of structures, relationships and content appear to be important. In contrast, the quantitative evidence base does not allow for causal inferences about the effect of coercion on long-term health and living conditions, due to the study designs and associated methodological limitations of the included studies.

Conclusion

The findings show that youth, adults and pregnant women with substance use problems who are involuntarily retained in institutions have complex needs, characterised by severe substance use, mental health- and social problems, and an elevated mortality risk. However, the findings do not provide grounds for concluding that coercion by itself leads to better or worse outcomes, compared to voluntary placement. Experiences of coercion are mixed: many users experience coercion as degrading, while at the same time describing it as necessary help and a turning point. Relationships with staff, meaningful activities and content, and high-quality follow-up after discharge appear to be more important for their abstinence motivation and treatment than whether their institutional stay is voluntary or compulsory. There is a need for comprehensive and individually tailored interventions and well-coordinated services that better support people with severe substance use problems after discharge.

Forord

Folkehelseinstituttet (FHI) fikk i desember 2024 i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) å utarbeide en systematisk kunnskapsoppsummering om forekomst, effekt og erfaringer med tilbakehold og bruk av tvang i institusjon overfor personer med rusmiddelproblematikk. Formålet med denne kunnskapsoppsummeringen er å utarbeide et kunnskapsgrunnlag som skal benyttes inn i vurderingene av gjeldende regelverk om tilbakehold i institusjon og bruk av tvang overfor personer med rusmiddelproblematikk.

Område for helsetjenester, FHI, følger en felles framgangsmåte i arbeidet med kunnskapsoppsummeringer, dokumentert i håndboka «Slik oppsummerer vi forskning». Det innebærer blant annet at vi kan bruke standardformuleringer når vi beskriver metode, resultater og i diskusjon av funnene.

Bidragstakere

Prosjektleder: Trine Bjerke Johansen

Interne prosjektmedarbeidere ved FHI: Lars Jørund Langøien, Solveig Skjeggedal Bjørnes, Hans Bugge Bergsund, Tiril C. Borge.

Takk til eksterne fagfeller Magnus Israelsson og Torhild Kielland, og intern fagfelle Heid Nøkleby, som har gjennomgått og gitt innspill til kunnskapsoppsummeringen. En stor takk også til kollega Ingvild Kirkehei for utvikling av søkestrategi og gjennomføring av søk etter litteratur, samt Tonje Lehne Refsdal som fagfellevurderte søkestrategien.

Oppgitte interessekonflikter

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

Folkehelseinstituttet tar det fulle ansvaret for innholdet i rapporten.

Hilde Risstad
fagdirektør

Rigmor Berg
avdelingsdirektør

Trine Bjerke Johansen
prosjektleder

Innledning

Beskrivelse av problemet

Bruk av rusmidler er for mange uproblematisk, men for noen personer kan bruken bli skadelig og/eller føre til avhengighet. Alkohol, vanedannende legemidler og illegale rusmidler (narkotika) utgjør de vanligste rusmidlene. Personer med rusmiddelproblemer er ikke en ensartet gruppe og kan ha variasjoner i rusmiddelbrukets art, grad av problematikk, psykisk helse, sosialt nettverk, kriminalitet, sosioøkonomisk bakgrunn og årsak til bruken av rusmidler. Det er mye som tyder på at opptil 90 prosent av pasienter som får behandling for sin rusmiddelproblematikk, har én eller flere psykiske lidelser, samtidig som rusmiddelproblemer også er svært utbredt blant pasienter med psykiske lidelser (1;2).

Mange personer med rusmiddelproblematikk har også andre sykdommer, og en betydelig forhøyet dødelighet (2). I Norge er alkoholbrukslidelser den hyppigste rusmiddel-lidelsen, som også medfører størst helseskade og tidlig død, med hjerte/kar-sykdommer som den vanligste årsaken. Også skadelig bruk eller avhengighet av vanedannende legemidler eller illegale rusmidler fører til sykdom og tapte leveår i befolkningen. Blant de med rusmiddellidelser og spesielt bruk av opioider, er overdoser (narkotikautløst forgiftning) blant de vanligste dødsårsakene (2). For gravide kan rusmiddelbruk ha en negativ påvirkning på fosteret eller gi fosterskader. Bruk av alkohol i svangerskapet, selv i moderate mengder, ser ut til å kunne gi fosterskader (2;3). Hvert år fødes det om lag 50 barn med føtalt alkoholsyndrom i Norge, og 4-5 ganger så mange barn har lettere alkoholrelaterte fosterskader (2).

Begrepsbruk

I litteraturen brukes det ulike begreper for å benevne problematisk rusmiddelbruk, slik som rusmisbruk, rusmiddelbrukslidelser eller rusmiddellidelser (på engelsk ofte omtalt som 'drug use disorders' eller 'substance use disorders').

Fellesbetegnelsen «rusmiddellidelser» omfatter både problematisk bruk og avhengighet, og innebærer at rusmiddelbruken kan være helsemessig, juridisk og sosialt problematisk selv om personen ikke alltid har utviklet en avhengighet. Problematisk bruk av rusmidler innebærer et forbruk av rusmidler som fører til fysiske eller psykiske helseskader, enten akutt eller over tid, mens rusmiddelavhengighet kjennetegnes av at bruke-

ren har et sterkt ønske om å innta et rusmiddel og samtidig har vansker med å kontrollere bruken. Personen opprettholder bruken til tross for skadelige konsekvenser og prioriterer rusmiddelinntak fremfor andre aktiviteter eller forpliktelser. Rusmiddelavhengighet kan også innebære behov for stadig større doser for å oppnå ønsket effekt og noen ganger gi abstinenssymptomer når bruken opphører (2).

I Norge er rusmisbruk et begrep som over tid har blitt ansett som stigmatiserende, og det brukes derfor i mindre grad i dag. I helse- og omsorgstjenesteloven (hol.) ble betegnelsen rusmiddelmisbruker, forkortet til misbruker, tidligere brukt om personer med rusmiddelproblematikk. I nyere tid har betegnelsen blitt endret til personer med rusmiddelavhengighet, og omfatter også personer med problematisk eller skadelig rusmiddelbruk som ikke nødvendigvis har utviklet seg til en avhengighet. Siktemålet med endringen er omtalt som en justering i tråd med moderniseringen av språket, og ikke en realitetsendring. Både personer med problematisk bruk av rusmidler og avhengighet vil kunne ha rett til behandling i spesialisthelsetjenesten, og omfattes av reglene for tvang etter hol. kapittel 10. Bruk av begrepet «rusmiddelavhengighet» sett opp mot det tidligere brukte begrepet «rusmiddelmisbruk» innebærer således ingen innsnevring når det gjelder hvilke pasientgrupper som vil kunne tilbakeholdes i institusjon etter tvangsbestemmelsene i hol. kapittel 10. Det som ligger til grunn for tilgangen på ulike helsetjenester på dette området, er en vurdering av hvilke problemer bruken av rusmiddelet medfører for brukeren (4).

Vi vil videre i denne kunnskapsoppsummeringen benytte begrepene «problematisk rusmiddelbruk» eller «rusmiddelproblematikk» som benevnelser, uten begrensninger knyttet til rusmiddelbrukens omfang eller alvorlighetsgrad. Vi vil unntaksvis benytte andre benevnelser når det henvises til konkrete lover, forskrifter og paragrafer.

Beskrivelse av tiltaket

I Norge kan en person som gjennom vedvarende og omfattende rusmiddelbruk utsetter sin psykiske eller fysiske helse for fare, inntas og tilbakeholdes i en egnet institusjon uten eget samtykke (5). Dette skjer dersom frivillige hjelpetiltak, f.eks. frivillig institusjonsbehandling eller oppfølging fra kommunale helse- og omsorgstjenester ikke er tilstrekkelig. Ved graviditet er det hensynet til barnet som vil avgjøre om den gravide skal inntas/tilbakeholdes i institusjon uten eget samtykke. Formålet er å hindre at barn blir født med skade som følge av rusmiddelbruken.

Helse og omsorgstjenestelovens kapittel 10 regulerer tvangstiltak overfor personer med rusmiddelproblematikk (5). Noen sentrale bestemmelser er:

- **§ 10-1:** regulerer *kommunens plikt til å vurdere bruk av tvang etter melding fra pårørende* (erstattet § 6-1a i den tidligere sosialtjenesteloven).
- **§ 10-2:** regulerer *tilbakehold i institusjon uten eget samtykke* (erstattet § 6-2 i den tidligere sosialtjenesteloven).
- **§ 10-3:** regulerer *tilbakehold av gravide rusmiddelavhengige* (erstattet § 6-2a i den tidligere sosialtjenesteloven). En gravid rusmiddelavhengig kan uten samtykke tas

inn på institusjon, og holdes tilbake der i hele svangerskapet. Formålet med inntaket er å hindre eller begrense sannsynligheten for at barnet påføres skade.

- **§ 10-4:** regulerer *tilbakehold i institusjon på grunnlag av eget samtykke* (erstattet § 6-3 i den tidligere sosialtjenesteloven). Ved frivillig inntak, kan det settes som vilkår at personer med rusmiddelproblematikk kan tilbakeholdes i institusjon i opptil tre uker etter at samtykket er trukket tilbake.
- **§ 10-5:** regulerer *bruk av barneverns- og helsenemnda i saker etter §§ 10-2 og 10-3*. Forhandling i slike saker skal skje så raskt som mulig, helst innen to uker etter at nemnda har mottatt saken. Kommunen kan også fatte midlertidige vedtak dersom det er fare for vesentlig skade uten umiddelbar handling. Slike vedtak må følges opp med et forslag til endelig vedtak innen to uker.

Tilbakehold i institusjon uten eget samtykke krever en grundig helhetsvurdering og omfattende dokumentasjon av kommunen som fremmer et forslag om vedtak. I Norge er det Barneverns- og helsenemnda (tidligere Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker) som kan fatte slike vedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2, med en varighet på inntil tre måneder. Når det gjelder gravide, kan inntak og tilbakehold i institusjon etter helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3 besluttet for en bestemt periode, opptil tre måneder eller gjennom hele svangerskapet (4;6). For voksne personer med rusmiddelproblematikk kan tvangsvedtak benyttes dersom det er grunn til å tro at et institusjonsopphold gjennom en periode på inntil tre måneder vil være til nytte og føre til positiv innvirkning på sikt.

I henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a fjerde ledd (7) er det de regionale helseforetakene som skal utpeke institusjoner som kan ta imot personer med rusmiddelavhengighet etter hol. §§ 10-2 til 10-4. Målet med tilbakehold i institusjon er å hindre fysisk og /eller psykisk skade og motivere for frivillig behandling. Loven gir anledning til inntak og tilbakehold i institusjon, men loven gir ikke adgang til tvungen behandling av personer med rusmiddelproblematikk. Et tvangsvedtak om tilbakehold gir altså ikke grunnlag for behandling uten samtykke. Institusjonen skal likevel kontinuerlig legge til rette for og gi tilbud om individuell behandling basert på samtykke (4).

Bruken av tvangstiltak i institusjon i helse- og omsorgstjenesten reguleres også av en egen forskrift om rettigheter og bruk av tvang under opphold i institusjon for behandling, omsorg og rehabilitering av personer med rusmiddelproblematikk. Virkeområde for forskriften er både frivillige innleggelser og innleggelser på grunnlag av et tvangsvedtak. Forskriften skal sikre at tvangstiltak kun brukes når det er strengt nødvendig. Forskriften er hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven § 3-14 om adgang til tilbakeføring ved rømming fra behandling for rusmiddelproblematikk, og helse- og omsorgstjenesteloven § 12-4 om særlige bestemmelser ved opphold i institusjon. Forskriften gir regler for blant annet rusmiddeltesting, kontakt med omverdenen, oppbevaring av eiendeler og økonomiske midler, kroppsvisitasjon og undersøkelse av pasient og brukers rom og eiendeler, beslag og tilintetgjøring av legemidler, rusmidler, skadelige stoffer og farlige gjenstander, kortvarig fastholding og adgang til tilbakehold og tilbakeføring ved rømming. Forskriften gir derimot ikke adgang til tvangsmedisinering, bruk av mekaniske tvangsmidler eller tvungen behandling under tilbakehold i institusjonen. Forskriften gjelder for institusjoner som yter heldøgns helse- og omsorgstjenester for personer med

rusmiddelproblemer, og gjelder for personer innlagt etter §§ 10-2 og 10-3, men også for personer som er innlagt med samtykke etter § 10-4. Bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 10-4 gir institusjonene adgang til å inngå en avtale mellom institusjonen og pasienten om samtykke til innleggelse med mulighet for at institusjonen kan holde personen tilbake på institusjon. Et slikt samtykke til avtalt/frivillig tvang skal være skriftlig og skal gis til institusjonsledelsen senest når oppholdet begynner. Tidligere kunne flere institusjoner bruke § 10-4 i dialog med pasienten alene uten godkjenning fra helseforetaket, mens det nå er det regionale helseforetaket som skal godkjenne plasseringer også etter § 10-4 (4).

Barn og unge under 18 år

I Norge kan behandling i institusjon av barn og unge under 18 år med rusmiddelproblematikk finne sted både i spesialisthelsetjenesten og i barnevernet. I spesialisthelsetjenesten er det psykisk helsevern for barn og unge som behandler personer under 18 år med rusmiddelproblematikk, men behandlingen foregår hovedsakelig i poliklinikk uten døgntilbud (8). Når barn og unge under 18 år får behandling i spesialisthelsetjenesten regnes dette som helsehjelp. Barnet behandles av helsepersonell og har da rettigheter etter pasient- og brukerrettighetsloven. Når barn og unge med problematisk eller skadelig bruk av rusmidler får behandling i barnevernsinstitusjon regnes ikke behandlingen som helsehjelp, men som barnevernsfaglig behandling etter barnevernslovens bestemmelser (8).

Det er flere lover og forskrifter som regulerer adgangen til inntak i og bruk av tvang i institusjon overfor barn og unge med rusmiddelproblematikk. Både helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 10 og tilhørende forskrift om rettigheter og tvang i rusinstitusjon, samt barnevernslovens kapittel 6 om atferdstiltak, kapittel 10 om barnevernsinstitusjoner og forskriften om barns rettigheter i barnevernsinstitusjonen regulerer en slik adgang (9). Når et barn eller ungdom over tid har hatt et problematisk rusmiddelbruk anses dette som et alvorlig atferdsproblem etter barnevernslovgivningen. I slike tilfeller kan barneverns- og helsenemnda fatte vedtak om atferdsplassering i institusjon i barnevernet uten barnets samtykke. Dette kan innebære opphold i en barnevernsinstitusjon i inntil 12 måneder, med mulighet for forlengelse med ytterligere 12 måneder etter barnevernsloven § 6-2. Det er strenge vilkår for å kunne fatte slike vedtak for barn, og tvangsplassering kan kun benyttes dersom mildere tiltak, som urinprøver, veiledning eller frivillig institusjonsopphold er forsøkt eller vurdert som utilstrekkelige. Det skal også vurderes nøye om tvangsplassering faktisk er den beste løsningen for barnet (10).

Vedtak om inntak og tilbakehold i institusjon for barn med rusmiddelproblematikk blir oftest fattet etter barnevernslovens bestemmelser og dens føringer for barnevernsfaglig behandling.

Noen sentrale bestemmelser er:

- **§ 6-1:** regulerer *opphold i barnevernsinstitusjon etter samtykke som et atferdstiltak* (erstattet § 4-26 i den tidligere barnevernsloven). Ved frivillig inntak kan det settes som vilkår at barnet kan tilbakeholdes i institusjon i opptil tre uker etter at barnet har flyttet inn eller at samtykket er uttrykkelig trukket tilbake.
- **§ 6-2:** regulerer *plassering i barnevernsinstitusjon uten samtykke som et atferdstiltak* (erstattet § 4-24 i den tidligere barnevernsloven). Barneverns- og helsenemnda kan vedta at et barn plasseres i institusjon uten samtykke fra barnet selv eller fra de som har foreldreansvar, dersom barnet har vist alvorlige atferdsvansker ved vedvarende problematisk bruk av rusmidler.

Det fins to typer av disse barnevernsinstitusjonene i Norge: ruskollektiver og institusjoner med læringsbasert rusbehandling (LBR-institusjoner/LBR-tiltak). Per 2023 fantes det totalt seks rusinstitusjoner for barn og unge, tre ideelle ruskollektiver og tre statlige LBR-institusjoner. Disse institusjonstypene har noe ulik organisering og vektlegger forskjellige metoder, men fellesnevneren er tilbudet om hjelp og behandling til ungdom med de mest alvorlige rusproblemene. Andre barn i institusjon med sammensatte problemer, som også inkluderer rus, tas hånd om i den enkelte institusjonen barnet bor i, selv om dette ikke er en «rusinstitusjon» (11). Ifølge tall fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) var det 67 barn som fikk rusbehandling i barnevernsinstitusjon ved utgangen av 2022 (8).

I 2023 kom det en ny barnevernslov som erstattet barnevernloven fra 1992. Med den kom det en rekke endringer knyttet til tvangsvedtak for barn og unge i institusjon. Av den nye barnevernsloven fra 2023 fremgår det at tvangsvedtak nå må opphøre den dagen barnet blir myndig, men vil kunne videreføres som et frivillig hjelpetiltak til ungdom over 18 år etter § 3-6. Det betyr at for forskning eller undersøkelser om tvangsvedtak gjort før 2023, vil det kunne være ungdom også over 18 år som inngår i disse undersøkelsene (12).

Regelverket knyttet til barn og unge i institusjon er hovedsakelig en videreføring av tidligere barnevernslov, men reglene om bruk av tvang overfor barn i institusjon som tidligere fremkom i forskrift om barns rettigheter i barnevernsinstitusjon fra 2011, er nå tatt inn i barnevernslovens kapittel 10. Den regulerer blant annet institusjonens adgang til å benytte milde former for fysisk makt ut fra omsorgsansvaret og trygghet og trivsel, bruk av tvang i akutte faresituasjoner, kroppsvisitasjon, undersøkelse av barnets rom og eiendeler, inndragning av farlige gjenstander og tilbakeføring ved rømming (13).

I 2023 foreslo Barnevernsinstitusjonsutvalget i sin NOU at rusmiddelproblematikk hos barn bør anerkjennes som et helseproblem. Videre anbefalte de at spesialisthelsetjenesten overtar ansvaret for behandling av barn med vedvarende rusmiddelproblematikk, og at det etableres egne døgninstitusjoner for denne gruppen – som et supplement til dagens polikliniske tilbud (8).

Tilbakehold og bruk av tvang i institusjon overfor personer med rusmiddelproblematikk i Danmark og Sverige

Lovverket som regulerer bruk av tvang overfor personer med rusmiddelproblematikk, er noe ulik i de skandinaviske landene. Når det gjelder inntak og tilbakeholdelse av gravide med rusmiddelproblematikk, er Norge det eneste landet som i lovgivningen gir adgang til tilbakeholdelse i institusjon.

I Danmark fins det i lovgivningen svært begrensede muligheter for tilbakehold i institusjon uten samtykke overfor personer med rusmiddelproblematikk. Sundhedslovens kapittel 40 åpner opp for tilbakeholdelse i institusjon overfor gravide, men den gravide må samtykke til tilbakehold i institusjon gjennom å signere en kontrakt om rusbehandling og mulighet for tilbakeholdelse. Den enkelte tilbakeholdelse kan vare inntil 21 dager om gangen, og ikke overstige tre måneder innenfor kontraktsperioden (14). Regelverket i Sundhedsloven gir anledning for fysisk maktanvendelse i et omfang nødvendig for å avverge at den gravide utsetter seg selv eller andre for nærliggende fare for fysisk eller psykisk skade. Loven forbyr imidlertid isolering og bruk av mekanisk tvang overfor gravide. Etter LBK (lovbekendtgørelse) nr 972 af 08/08/2017 om «bekendtgørelse af lov om tilbageholdelse af stofmisbrugere i behandling» fremgår det at bestemmelsene om kontraktbasert tilbakeholdelse kan anvendes også overfor ikke-gravide personer. Personen står imidlertid fritt til å takke nei til en slik samtykkebasert tilbakeholdelse, men vil likevel ha rett til å motta et behandlingstilbud, men uten at det da fins en mulighet for ufrivillig tilbakeholdelse i institusjon (15-17).

I Danmark har barn og unge med rusmiddelproblemer rett til helsehjelp, inkludert rusbehandling, med frivillighet som et hovedprinsipp. Det er likevel flere lover som gir adgang til tvangsplassering i institusjon for barn med rusmiddelproblematikk. Serviceloven gir kommunene adgang til å plassere barn uten samtykke dersom det er fare for barnets liv og helse, og loven inneholder også bestemmelser som regulerer bruk av tvang i institusjon, f.eks. fastholdelse, tilbakehold ved rømming og kroppsvisitering (18). Den 1. januar 2024 trådte Barnets lov i kraft i Danmark, og inneholder også bestemmelser som gir kommunene adgang til å iverksette tvang uten samtykke hvis det er nødvendig for å sikre barnets trivsel og utvikling (19).

Sverige er det eneste landet i Skandinavia som har en egen lov om tilbakehold og tvangsbruk overfor personer med rusmiddelproblematikk. Personer med alvorlige rusmiddelproblemer kan holdes tilbake i institusjon uten eget samtykke med hjemmel i Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) (20). I likhet med bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven gir ikke LVM anledning til tvangsbehandling av personer med rusmiddelproblematikk, kun tilbakehold uten samtykke. I tillegg inneholder LVM særskilte bestemmelser om tvangstiltak i institusjon når det gjelder bevegelsesfrihet, skjerming, inndragning av rusmiddel og brukerutstyr, kroppsvisitering, prøvetaking av biologisk materiale for kontroll av rusmiddelbruk, rominspeksjon, restriksjoner på besøk og bruk av elektroniske kommunikasjonsmidler.

I Sverige fins egne institusjoner, LVM-hjem, for personer med rusmiddelproblematikk, og tilbakehold i et LVM-hjem kan vare i opptil seks måneder (20). Det fins ingen særskilt regulering i loven av tvangsplassering eller tvangsbehandling av gravide. Gravide kan tvangsplasseres i institusjon på grunn av rusmiddelproblematikk på lik linje som andre personer med rusmiddelproblematikk. I motsetning til bestemmelsene i den norske helse- og omsorgstjenestelovens § 10-3 om tilbakehold av gravide uten samtykke, fins det i Sverige ingen lovreguleringer som har som formål å beskytte fosteret under graviditeten eller barnet ved fødsel. En beslutning om tilbakehold av gravide skjer etter vurderinger av forhold knyttet til den gravide selv.

Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) regulerer adgangen til inntak i institusjon uten samtykke overfor personer under 18 år (21). Tvangsinnleggelse kan besluttet dersom barnet eller ungdommen utsetter sin helse eller utvikling for alvorlig fare gjennom rusmiddelmisbruk, eller dersom det er fare for at barnet kan skade seg selv eller andre. LVU regulerer adgangen til bruk av fysiske tvangsmidler og spesifikke tvangsvedtak som isolering, kroppsvisitasjon og beslag av rusmidler. Beslutning om tvangsinnleggelse tas av forvaltningsretten, men i akutte tilfeller kan sosialnemnda fatte vedtak om umiddelbar omsorgsovertakelse, som deretter må bekreftes i forvaltningsdomstolen. Tvangsinnleggelse kan vare så lenge det anses nødvendig for å sikre barnets helse og utvikling (21).

I Sverige er det Statens institutionsstyrelse (SiS) som har ansvaret for tvangsplassering i institusjon av barn og unge med alvorlige psykososiale vansker (herunder rusmiddelproblematikk), og voksne med rusmiddelproblematikk inntatt i institusjon uten samtykke. Institusjonene drives av SiS og er spesialiserte på å tilby omsorg og behandling til personer som ikke frivillig søker hjelp, men som trenger det for å beskytte seg selv eller andre.

I Sverige er det flere personer som tilbakeholdes i institusjon for rusproblematikk etter annen lovgivning enn LVM, enten gjennom Lov om psykiatrisk tvangsbehandling eller Lov om rettspsykiatrisk behandling grunnet samsykelighet (22). I 2020 satt den svenske regjeringen ned samsykelighetsutvalget som blant annet skulle se på en ny strategisk retning for hvordan lover om tvangsinnleggelse og tvangsbehandling skal utformes, slik at de i større grad tar hensyn til individuelle behov – særlig for personer med samsykelighet (f.eks. rus og psykiske lidelser samtidig). I 2023 kom utvalget med sin utredning, og foreslo blant annet at tvangsplassering i institusjon ved rusmiddelproblematikk i framtiden skal skje i ordinære døgnavdelinger innen psykiatrien, og innen lovgivning som regulerer behandling i psykiatrien. Hvis forslaget blir vedtatt vil det avskaffe LVM i Sverige (23).

Begrepsbruk knyttet til tvang og tilbakehold i institusjon

Videre i rapporten bruker vi begrepet «tilbakehold» både om tilbakehold med og uten samtykke, og vi nyanserer grunnlaget for vedtak ved å skrive om «tilbakehold med samtykke» der vi skriver om frivillig plassering i institusjon (hol. § 10-4) og «tilbakehold uten samtykke» der det ikke er gitt samtykke til plassering i institusjon (hol. §§

10-2 og 10-3). Grunnen til dette er at det – særlig i de kvalitative studiene med gravide og voksne – i liten grad ble tydeliggjort, definert og operasjonalisert hva som var hjemmelsgrunnlaget for innleggelsen av de ulike deltakerne. I tillegg framsto det som at lov-hjemmelen for å begrunne «tilbakeholdet» var mindre viktig for den som ble «tilbakeholdt». Vi har derfor forsøkt å være konsekvente på denne bruken for å tydeliggjøre at vi i mindre grad vet noe om, og dermed kan ta høyde for, hjemmelsgrunnlaget. På samme måte bruker vi begrepet «tvang», «tvangstiltak» eller «bruk av tvang» om den tvangen som blir utført i institusjon under tilbakeholdet, og nyanserer eller forklarer eventuelle andre betydninger der det er naturlig.

Der hjemmelsgrunnlag for tvangsplasseringen er beskrevet i de inkluderte studiene, vil dette framgå i teksten.

Hvorfor det er viktig å utføre denne kunnskapsoppsummeringen

Det er publisert lite oppsummert forskning med studier fra de skandinaviske landene de siste 10 årene som ser på tilbakehold og bruk av tvang i institusjon overfor personer med rusmiddelproblematikk. Det er dermed begrenset med oppsummert forskning fra Norge, Sverige og Danmark om korte- og langsiktige konsekvenser av tilbakehold og tvangsbruk, om opplevelser av tvangsbruk for personer med rusmiddelproblematikk, samt opplevelser av tvangsbruk for deres pårørende og ansatte som jobber med denne pasientgruppen. Mangelen på oppsummert forskning om tilbakehold og tvangsbruk i institusjon gjelder særlig barn og unge under 18 år. Ved å systematisk innhente og undersøke forskningen som fins om tilbakehold og bruk av tvang i institusjon for barn, voksne og gravide, vil dette kunnskapsgrunnlaget være viktig for det videre arbeidet med tilbakehold og tvang på rusmiddelfeltet. Ved å inkludere forskning om bruk av tvang overfor barn og unge som mottar rusbehandling i barnevernsinstitusjoner vil denne kunnskapsoppsummeringen også kunne bidra inn i kunnskapsgrunnlaget om bruk av tvang i alle institusjoner som behandler barn og unge med skadelig bruk av rusmidler i Norge, Sverige og Danmark. Denne kunnskapsoppsummeringen vil også kunne benyttes i arbeidet med en overføring av ansvaret for rusbehandling av barn under 18 år fra barnevernet til spesialisthelsetjenesten.

Mål og problemstilling

Hensikten er å utarbeide en flermetodisk systematisk oversikt over skandinaviske studier som undersøker forekomst, omfang, effekt av og erfaringer med tilbakehold og bruk av tvang i institusjon overfor personer (ungdom, voksne og gravide) med rusmiddelproblematikk.

Vi har følgende forskningsspørsmål: Hva sier forskningen om tilbakehold og bruk av tvang i institusjon overfor personer med rusmiddelproblematikk? Dette inkluderer følgende underspørsmål:

- Hva er forekomsten og omfanget av tilbakehold og ulike typer tvangsbruk i institusjon overfor personer med rusmiddelproblematikk?

- Hva er effekten av tilbakehold og bruk av tvang i institusjon overfor personer med rusmiddelproblematikk, på kort og lang sikt?
- Hvordan opplever pasientene tilbakehold og bruk av tvang?
- Hva er pårørende og ansattes erfaringer med tilbakehold og bruk av tvang overfor personer med rusmiddelproblematikk?

Metode

Vi utførte en flermetodisk systematisk kunnskapsoppsummering om forekomst, effekt av og erfaring med tilbakehold og bruk av tvang i institusjon overfor personer med rusmiddelproblematikk. Vi fulgte anbefalinger fra Folkehelseinstituttets metodehåndbok «Slik oppsummerer vi forskning» (24), Cochrane Handbook (25) og Joanna Briggs Institute sitt rammeverk for en flermetodisk systematisk oversikt til dataauthenting og analyse (26).

Kunnskapsoppsummeringen er et uavhengig arbeid av forskergruppen ved FHI. For å sikre at den tilfredsstilte oppdragsgivers kunnskapsbehov, konsulterte vi med oppdragsgiver (HOD) og fremtidig hovedbruker (Helsedir) om utarbeidelsen av rapporten. Gjennom dialog med HOD og Helsedir oppnådde vi en samforent forståelse for deres kunnskapsbehov, ønske om delleveranser og behov for oppdateringer underveis i prosjektet.

Prosjektplan

Kunnskapsoppsummeringen er gjennomført i tråd med prosjektplanen som er publisert her: [Bruk av tvang i institusjon overfor personer med rusmiddelproblematikk - FHI](#).

Vi avklarte prosjektplanen med oppdragsgiver (HOD) før vi utførte oppsummeringen.

Inklusjonskriterier

Vi hadde følgende inklusjonskriterier:

Populasjon	• Barn og unge under 18 år med rusmiddelproblematikk som er innlagt/bor i institusjon • Voksne over 18 år med rusmiddelproblematikk som er innlagt i institusjon • Pårørende til personer med rusmiddelproblematikk som er innlagt/bor i institusjon • Ansatte i institusjon, eller i kommunale tjenester, som arbeider med personer med rusmiddelproblematikk
For institusjonen må følgende kriterier være oppfylte:	

	1) Døgnopphold med fokus på rusomsorg 2) For personer under 18 år gjelder også heldøgntjenester i barnevernsinstitusjoner for rus
Tiltak eller fenomenen av interesse	Bruk av tvang i institusjon. Slik tvangsbruk kan omfatte, men er ikke begrenset til, tilbakehold i institusjonen; obligatorisk rusmiddeltesting; ulike former for fysisk makt; tilbakeføring ved rømming; gjennomføring av innskrenkninger i bevegelsesfrihet, besøk, og bruk av elektroniske kommunikasjonsmidler; kroppsvisitasjon og undersøkelser av rom, eiendeler, brev og pakker; inndragning av farlige gjenstander. Tvangsbruk kan også omfatte bruk av tvang i akutte faresituasjoner. For nærmere beskrivelser av tilbakehold og bruk av tvang i henhold til lovverket, se innledningen.
Sammenligning	Standard tiltak (hovedsakelig ulike former for tvangsvedtak) eller andre tiltak som ikke omhandler bruk av tvang
Utfall	- Forekomst og omfang av tilbakehold og tvangsbruk. Forekomst inkluderer f.eks.: - Antall/fordeling av tvangsinnleggelser eller tvangsvedtak på institusjon (etter f.eks. geografiske områder/helseforetak, type institusjon, kjønn, alder) - Hyppighet (om enkeltpersoner står for mange tvangstiltak) - Omfang inkluderer f.eks. lengde på tvangsoppholdet - Effekt av tilbakehold og tvangsbruk, f.eks.: - Endring i rusmiddelbruk etter utskrivelse - Reinnleggelser - Fysiske helseutfall (tilbakefall av rusmiddelbruk, dødsfall, overdose, skader) - Psyriske helseutfall (livskvalitet, angst, depresjon) - Motivasjon for behandling/rusfrihet - Etterlevelse av behandling - Erfaringer med tilbakeholdelse og tvangsbruk
Studiedesign	Vi vil inkludere studiedesign som er egnet til å besvare forskningsspørsmålene. Dette inkluderer: - Kvantitative studier som undersøker forekomst/omfang av tilbakehold/tvangsbruk - Observasjonelle studier med kontrollgruppe og måling av utfall før og etter tiltak, som undersøker effekt av bruk av tilbakehold/tvangsbruk - Studier uten kontrollgruppe med måling av utfall før og etter bruk av tilbakehold/tvang, samt måling av utfallet etter bruk av tvang uten før-måling (f.eks. mortalitetsstudier) - Kvalitative studier som undersøker opplevelser av, eller erfaringer med tilbakehold/tvangsbruk
Publikasjonsår	Studiene må være publisert i 2008 eller senere, og datainnsamlingen må være gjennomført i 2005 eller senere
Land	Norge, Sverige, Danmark
Språk	Norsk, svensk, dansk, engelsk

Publikasjons-typer	Artikler, rapporter, mastergradsoppgaver, doktorgradsavhandlinger, bokkapitler. *
Annet	Dersom vi identifiserer studier med blandet populasjon, og det ikke er gjort separate analyser, vil vi inkludere studien dersom 80 prosent eller mer av utvalget består av aktuelle målgrupper skissert under 'populasjon'.

**Publikasjonen må ha innhentet kunnskap ved hjelp av observasjoner eller undersøkelser (empirisk dokumentasjon), og der den vitenskapelige metoden og analysen som er benyttet er presentert i den aktuelle publikasjonen sammen med tilhørende resultater.*

Vi har i denne kunnskapsoppsummeringen inkludert alle studier som undersøker personer med problematisk eller skadelig bruk av rusmidler eller rusmiddelavhengighet, så lenge studien oppfyller de andre inklusjonskriteriene. Vi har ikke gjort noen avgrensninger etter hvor omfattende eller vedvarende rusmiddelbruken har vært, slik som antall år og omfang av rusmiddelforbruket. Vi har heller ikke gjort noen begrensninger i inklusjon av studier ut fra studienes egen begrepsbruk (hvorvidt de undersøker problematisk bruk av rusmidler eller rusmiddelavhengighet/rusmiddellidelse), da begrepsbruken og kriteriene kan ha endret seg siden 2005 (tidspunkt for datainnsamling) i forskningen og i lovgivningen.

Eksklusjonskriterier

Vi ekskluderte følgende typer studier og publikasjoner:

- Studier som undersøker strukturelle eller organisatoriske forhold i institusjonen som har til hensikt å redusere tvangsbruk overfor personer med rusmiddelproblematikk.
- Studier som undersøker ulike terapeutiske tilnærminger i institusjonen som har til hensikt å redusere tvangsbruk overfor personer med rusmiddelproblematikk.
- Studier som undersøker bruk av tvang etter lov om psykisk helsevern (tvangsmedisinering, bruk av mekaniske tvangsmidler (belter, reimer, skadeforebyggende spesialklær))(27).
- Studier som undersøker bruk av tvang i institusjoner der hovedformålet med tilbakehold ikke skyldes rusmiddelbruk, slik som fengsler, anstalter, ungdomsfengsler eller ungdomsenheter.
- Publikasjoner som ikke var i overensstemmelse med definisjonen for empiriske primærstudier, for eksempel ikke-vitenskapelige rapporter som ikke inneholder tilstrekkelig beskrivelse av forskningsmetoden som er brukt. Det er vanskelig å vurdere intern validitet i slike publikasjoner.
- Alle typer ikke-vitenskapelige publikasjoner som for eksempel avisartikler, debattinnlegg, kronikker, informasjon på nettsider, kursmateriell med mer.
- Bacheloroppgaver, konferansesammendrag og studieprotokoller.

Søk i databaser

Bibliotekar Ingvild Kirkehei (IK) utarbeidet en søkestrategi i samarbeid med prosjektgruppen og utførte søkene i mars/april 2025. Søket inneholdt relevante kontrollerte emneord (f.eks. Medical Subject Headings), tekstord (ord i tittel og sammendrag), og avgrensninger som gjenspeilet inklusjonskriteriene. En annen bibliotekar (Tonje Lehne Refsdal) fagfellevurderte søkestrategien. Vi søkte i følgende databaser:

- MEDLINE (Ovid)
- PsycINFO (Ovid)
- Embase (Ovid)
- Scopus
- Cochrane CENTRAL

Se vedlagt søkestrategi i vedlegg 1. Søket var todelt: Del 1 hadde som formål å identifisere studier som omhandlet tilbakehold og bruk av tvang overfor barn og unge, med søkeord som 'involuntary treatment', 'restraint' og 'coercion'. For å finne så mange relevante studier som mulig, ble det ikke gjort noen avgrensninger til spesielle institusjoner eller setting. Del 2 hadde som formål å finne studier på tilbakehold og tvangsbruk innen rusbehandling for både voksne og barn. Denne delen av søket inneholdt søkeord for rusbruk og rusbehandling (f.eks. 'substance related disorders'), men også psykisk helse generelt (f.eks. 'mental health'), for å finne studier som ikke eksplisitt nevnte rusbehandling. Alle søk ble avgrenset med et filter for studier som er utført i Norden, med publisering fra og med 2008, men vi inkluderte kun studier fra Norge, Danmark og Sverige grunnet overførbarhet til norsk lovgivning i tråd med prosjektplanen. Søketreffene ble eksportert til EndNote for dublett fjerning.

Søk i andre kilder

I tillegg til søk i databasene ovenfor, søkte vi i vitenarkiver og biblioteker tilhørende universiteter og høyskoler i de skandinaviske landene: Brage, Cristin, DiVA, NVA (Nasjonalt vitenarkiv), Bibliotek.dk, SwePub og Libris.

Vi gjorde også søk i Google, Google Scholar, Scandinavian University Press (tidligere Idunn), Norart, Tvangspub, og i publisasjonslistene til organisasjoner som RBUP (Regionssenter for barn og unges psykiske helse), RKBUS (Regionalt kunnskapssenter for barn og unge, psykisk helse og barnevern), ROPforsk, VIVE (Det nasjonale forsknings- og analysecenter for velfærd), Velferdsforskningsinstituttet NOVA, SERAF - Senter for rus- og avhengighetsforskning, Folkhälsomyndigheten og Socialstyrelsen i hhv. Sverige og Danmark.

IK utførte søkene og identifiserte mulige relevante publikasjoner, som deretter ble gjennomgått av de øvrige prosjektmedarbeiderne for endelig vurdering.

OpenAlex

En av prosjektmedarbeiderne (HBB) gjennomførte et søk i kunnskapsgrafen OpenAlex (28) som er tilgjengelig i EPPI Reviewer (29) (for flere detaljer om OpenAlex, se vedlegg 1). Her benyttes allerede relevante studier – såkalte «kjernestudier» – som utgangspunkt for søk fremfor en søkestreng. Vi gjennomførte to søk på ulike stadier av oppsummeringsprosessen: 1) ett søk 18. februar 2025 i forkant av utvelgelsen av studier; og 2) ett søk 29. juli 2025 etter at relevante studier var valgt ut, basert på endelig inkluderte studier. For mer informasjon om søk i OpenAlex, se vedlegg 1.

Utvelging av studier

Vi importerte søkeresultatene fra både OpenAlex, tradisjonelle databaser og andre kilder til referansehåndteringsverktøyet EPPI Reviewer (29) og fjernet dubletter. Vi (TBJ, TCB, HBB, SSB eller LG) gjorde vurderinger («screening») av titler og sammendrag fra litteratursøket opp mot inklusjonskriteriene. Vi brukte maskinlæringsfunksjoner i EPPI-Reviewer (29) for å hjelpe oss med å vurdere titler og sammendrag mer effektivt. Enkelt sagt betyr maskinlæring at vi tar i bruk algoritmer som gjør at programvaren er i stand til å lære fra og utvikle sin beslutningsstøtte basert på empiriske data som vi fører den med. Se strategi for bruk av maskinlæring i vedlegg 2.

Vi piloterte inklusjonskriteriene på de 50 første studiene, for å sikre at prosjektmedarbeiderne hadde en felles forståelse for inklusjonskriteriene. Studiene inkludert på tittel og sammendragnivå innhentet vi i fulltekst. To prosjektmedarbeidere (TBJ, TCB, HBB, SSB eller LG) gjorde deretter uavhengige vurderinger av fulltekstene opp mot inklusjonskriteriene. Uenighet om vurderingene av studier på tittel/sammendrag og fulltekstnivå ble løst ved diskusjon eller ved å konferere med en tredje prosjektmedarbeider (TBJ, TCB, HBB, SSB eller LG).

Vurdering av studienes metodiske begrensninger og risiko for systematiske skjevheter

To av oss (TBJ, TCB, HBB eller SSB) gjorde uavhengige vurderinger av metodiske begrensninger (kvalitative studier) og risiko for systematiske skjevheter (kvantitative studier) i de inkluderte studiene med passende sjekklister for hvert studiedesign. Vurderingene ble gjort på publikasjonsnivå. Følgende sjekklister ble benyttet:

Kvantitative studier:

Vi benyttet ulike sjekklister fra Joanna Briggs Institute (30) for de kvantitative studiene:

- Tverrsnittstudier med og uten kontrollgruppe: sjekklister for analytiske tverrsnittstudier (31)
- Prospektive kohortstudier: sjekklister for kohortstudier (31)

- Prevalensstudier for forekomst og omfang (av tvang): sjekklister for prevalensstudier (32)

For hvert spørsmål i sjekklistene krysset vi av for ett av følgende alternativer: ja, nei, uklart, delvis eller ikke aktuelt (NA). Den samlede vurderingen av hver studie ble deretter angitt som høy, moderat eller lav risiko for systematiske skjevheter, eventuelt med en mellomkategori, for eksempel moderat/høy risiko for systematiske skjevheter.

Kvalitative studier:

For studier med kvalitative data vurderte vi studienes metodiske begrensninger med en liste av spørsmål utviklet av Cochrane EPOC group, som bygger på Critical Appraisal Skills Programme (CASP), bestående av åtte spørsmål (33).

For hvert spørsmål i sjekklisten krysset vi av for ett av følgende kriterier: ja, nei, uklart eller delvis. Den samlede vurderingen av hver studie ble deretter angitt som store, moderate eller små metodiske begrensninger, eventuelt med en mellomkategori, for eksempel moderate/små metodiske begrensninger.

Flermetodiske studier:

For studier med et flermetodisk design, det vil si studier som kombinerer flere typer data (f.eks. kvalitative og kvantitative deskriptive data), benyttet vi Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT)(34).

For hvert spørsmål i sjekklistene krysset vi av for ett av følgende alternativer: ja, nei, uklart eller delvis. Den samlede vurderingen av hver studie ble deretter angitt som store, moderate eller små metodiske begrensninger, eventuelt med en mellomkategori, for eksempel moderate/små metodiske begrensninger.

Uthenting av data

Én av prosjektmedarbeiderne (LJL, TBJ, TCB, HBB, SSB eller LG) hentet ut data fra de inkluderte studiene og en annen kontrollerte dataene opp mot de aktuelle publikasjonene. For de kvantitative studiene benyttet vi et pilotert datauthentingsskjema i det digitale verktøyet Excel, mens vi for de kvalitative studiene benyttet det digitale verktøyet NVivo for datauthenting (35).

Vi hentet ut følgende data fra de inkluderte studiene: informasjon om publikasjonen (førsteforfatter, publikasjonsår), land, studiens formål, kontekst (institusjon, juridisk plasseringsgrunnlag), studiedesign, studiepopulasjon (antall deltakere, alder, kjønn), eksponering/tiltak/intervensjon, sammenligning, metode for datainnsamling og analysemetoder (variabler som ble justert for i analysene, studienes modeller/forståelser av kausalitet, andre data), utfall, relevante funn og forfatterens konklusjoner.

Kvalitative studier

Vi sammenstilte resultatene fra studiene ved hjelp av tematisk syntese (36) utviklet for bruk i kunnskapsoppsummeringer, som bygger på tematisk analyse utviklet for kvalitative primærstudier (36-38). Tematisk syntese er en veletablert metode for å sammenstille og analysere data på tvers av primærstudier og er egnet til å informere retningslinjearbeid og praksis (36). Syntesen deles inn i tre følgende trinn:

Trinn 1: Kode tekst

Studiene ble først kodet med beskrivende koder av én prosjektmedarbeider og sjekket av en annen. I dette steget analyserte vi dataene fra de kvalitative primærstudiene ved å kode hvert utsagn eller funn linje for linje. Dette innebar å tildele koder til spesifikke tekstutdrag basert på innholdet og betydningen av hvert utsagn. Vi kodet alle tekstutdrag induktivt, i den forstand at vi ikke tok utgangspunkt i eksisterende rammeverk eller teorier, men lot dataene tale for seg selv. Vi trakk likevel inn eksisterende kategorier underveis i analysen der vi så at funnene naturlig lot seg plassere inn i et predefinert rammeverk (f.eks. lovhjemler, former for tvang, e.l.).

Trinn 2: Utvikle deskriptive temaer

Etter koding av dataene, ble kodene gruppert etter likheter og relasjoner. Denne organiseringen førte til utviklingen av beskrivende temaer, som er brede kategorier som representerer hovedidéene eller mønstrene som har blitt identifisert i dataene. Disse temaene gir en beskrivelse av de sentrale funnene på et mer overordnet nivå.

Trinn 3: Kategorisering og generering av analytiske temaer

I dette steget gikk vi videre med å utvikle analytiske temaer. Dette innebar å tolke og forstå de beskrivende temaene i en bredere kontekst. Analytiske temaer bidrar til en dypere forståelse av de underliggende mekanismene, teoriene eller implikasjonene som kan forklares ut fra de kvalitative funnene. Dette steget krever refleksjon og teoretisk forståelse for å knytte resultatene opp mot større sammenhenger eller spørsmål.

Vi valgte tematisk syntese på bakgrunn av flere forhold (36). Denne fremgangsmåten skal blant annet gi en eksplisitt og transparent kobling mellom teksten i de opprinnelige studiene og konklusjonene i den systematiske oversikten (36). Vi hadde et relativt åpent forskningsspørsmål, og målet var å fremskaffe datanær og bred kunnskap om erfaringer og opplevelser med tvangstiltak, og i mindre grad teoriutvikling eller videreutvikling av eksisterende modeller. Metoden gir en strukturert tilnærming til syntesen av kvalitative data, og gir innsikt som kan være avgjørende for å forstå komplekse problemstillinger i systematiske gjennomganger.

Vi benyttet det digitale verktøyet NVivo (35) i arbeidet med å organisere og analysere de kvalitative dataene.

Kvantitative studier

Grunnet heterogeniteten i de inkluderte studiene, både i henhold til hvordan tvang defineres og utfallene ble undersøkt, besluttet vi å presentere de kvantitative resultatene narrativt iht. SWiM-retningslinjen. Den narrative syntesen beskriver de samlede resultatene, retningen på resultatene og, der det oppgis, størrelsen på effektestimater for relevante utfall. Når både justerte og ujusterte effektestimater er rapportert i studiene, benyttet vi i hovedsak justerte effektestimater. Statistisk sett er justerte effektestimater å foretrekke fremfor ujusterte effektestimater. Justeringer trengs for å øke presisjonen mellom eksponeringen og utfallet, og minske risikoen å overvurdere eller undervurdere effekten og dermed risikoen for feilslutninger. I ikke-randomiserte studier er justering relatert til systematisk skjevhet særlig viktig. For de studiene der det presiseres har vi hentet ut effektestimater og presentert disse i tekst og/eller tabeller. For data om forekomst (prevalensdata) og omfang, presenterer vi dataene deskriptivt som andeler, prosent eller gjennomsnitt.

Flermetodisk syntese

Vi sammenstilte resultatene ved bruk av et parallell-resultat konvergent design (39), som innebar at vi først gikk igjennom og analyserte de kvalitative og kvantitative dataene hver for seg, ved hjelp av forskjellige metoder (se under for analyser for henholdsvis kvalitative og kvantitative studier). Vi utførte dermed ingen transformasjon av de kvalitative eller kvantitative dataene (f.eks. telling av kvalitative data), men lot dataene forbli i sin opprinnelige form. Deretter tok vi resultatene fra begge analysene og tolket dem opp mot hverandre. Vi så etter tilfeller der funnene overlappet hverandre tematisk (f.eks. kvalitative funn om opplevelse av endring og kvantitative funn om endring over tid), men uten at de nødvendigvis kom til samme konklusjon (f.eks. kunne et kvalitativt funn beskrive positive opplevelser ved tvang og et kvantitativt funn kunne beskrive negative sider ved tvang). Dette ga mulighet for å undersøke om funnene støttet hverandre, motsa hverandre eller ga informasjon om ulike aspekter av samme fenomen. Til slutt presenterte vi funnene i form av en narrativ oppsummering (40). Merk at vi presenterer funnene av den flermetodiske analysen i resultatkapitlet og ikke i diskusjonskapitlet, som også er vanlig i flermetodiske oversikter.

Vurdering av tillit til resultatene

Kvalitative studier

Vi vurderte tillit til de kvalitative resultatene ved hjelp av GRADE-CERQual, dvs. en systematisk og transparent vurdering lik GRADE, men tilpasset kvalitativ forskning (41). Dette er en vurdering av hvor stor tillit vi har til at et funn fra en oversikt gir en troverdig representasjon av fenomenet som undersøkes. Dette gjøres for å gi beslutningstakere, forskere og klinikere en bedre forståelse av hvor pålitelig kunnskapen er. Skalaen i GRADE-CERQual er firedelt og går fra høy til svært lav tillit, men vurderingen er basert på andre komponenter enn i GRADE-vurdering av andre typer spørsmål. Vurderingen av tillit til hvert funn i oversikten er basert på følgende fire komponenter: metodiske begrensinger (methodological limitations) ved studiene som bidrar til funnet, relevans

(relevance), koherens (coherence), samt dataenes omfang og dybde (adequacy) (tabell 1).

Tabell 1: Forklaring på komponentene i GRADE-CERQual vurderingen

Komponent	Forklaring
Metodiske begrensninger	I hvilken grad er det begrensninger som gjelder utformingen eller gjennomføringen av primærstudiene som støtter opp under funnet?
Relevans	I hvilken grad er resultatene fra primærstudiene overførbare til konteksten funnene skal brukes i?
Koherens	I hvilken grad er det en tydelig sammenheng mellom resultatene fra primærstudiene og funnet, og er resultatene dekkende og støtter de opp under funnet?
Dataens omfang og dybde	Er mengden data som støtter opp under funnet tilstrekkelig og hvor gode (rike) er beskrivelsene i dataene?

Hver av de fire komponentene i GRADE-CERQual kan ha ulik grad av begrensninger:

- Ingen bekymringer
- Små bekymringer
- Moderate bekymringer
- Store bekymringer

Etter vurderingen av de fire komponentene, gjorde vi en totalvurdering for hvert funn i oversikten: svært lav, lav, moderat eller høy tillit (tabell 2).

Tabell 2: Forklaring på vurderingsnivåene i GRADE-CERQual

Nivå	Forklaring
Høy tillit	Det er svært sannsynlig at funnene fra oversikten er en rimelig gjengivelse av fenomenet vi er interesserte i
Moderat tillit	Det er nokså sannsynlig at funnene fra oversikten er en rimelig gjengivelse av fenomenet vi er interesserte i
Lav tillit	Det er mulig at funnene fra oversikten er en rimelig gjengivelse av fenomenet vi er interesserte i
Svært lav tillit	Det er uklart om funnene fra oversikten er en rimelig gjengivelse av fenomenet vi er interesserte i

To eller flere medarbeidere vurderte tilliten til resultatene sammen. Uenighet om vurderingene løste vi ved diskusjon.

Vi brukte det digitale verktøyet Interactive Summary of Qualitative Findings ([iSoQ](#)) som støtter arbeidet med GRADE-CERQual-tilnærmingen når vi vurderer tilliten til funnene (42).

Kvantitative studier

Vi utførte ingen vurdering av tillit til resultatene for de samlede kvantitative utfallene. Årsaken skyldes betydelig heterogenitet i de inkluderte studiene, både når det gjaldt

blant annet studiedesign og definisjon/operasjonalisering av tvang. De inkluderte studiene er i hovedsak observasjons- og registerstudier som beskriver utfall for personer som har vært underlagt tvang, enten uten sammenligningsgruppe, eller med sammenligningsgrupper hvor populasjonen i tvangsgruppen er vesentlig forskjellig fra sammenligningsgruppen, slik at det hefter seg stor usikkerhet til hvorvidt det er det eneste som er ulikt mellom de to gruppene. De kvantitative resultatene må derfor tolkes med forsiktighet.

Andre vurderinger

Problemstillingen angikk tilbakehold og bruk av tvang i institusjon overfor personer med rusmiddelproblematikk. Siden det ikke var en del av oppdraget og følgelig heller ikke problemstillingen, vurderte vi ikke etiske aspekter eller konsekvenser ved tiltaket. I en fremtidig beslutningsprosess vil det være viktig å vurdere slike aspekter og konsekvenser ved tiltaket samlet.

Refleksivitet og tanker rundt egen posisjon

Vi som forskergruppe kom inn i prosjektet med ulike utdannings- og forskningsbakgrunner. Våre bakgrunner favner helse, sosialt arbeid, medisin, psykologi, ernæring og sosialantropologi, der vi blant har arbeidet med familievern, barn, utviklingspsykologi, pasienter med rusrelaterte- og psykiatriske problemstillinger og forståelse av kroppslige erfaringer. I tillegg har flere av oss jobbet med oppsummeringer med beslektede forskningsspørsmål rundt blant annet tvang og grensesetting i barnevernsinstitusjoner, medvirkning i barnevernet og psykisk helsehjelp. Vi har også merket oss at bruk av tvang, både i barnevernsinstitusjoner og andre rusinstitusjoner, har vært diskutert i media.

Vi har bred forskningsmetodisk kompetanse og lang erfaring med utarbeiding av systematiske oversikter. Samlet dekker vår metodekompetanse både kvalitative, kvantitative og flermetodiske tilnærminger, noe som ga oss gode forutsetninger for å vurdere og integrere funn fra ulike typer forskning.

Fra vi startet prosjektet har vi prøvd å være bevisste på hvordan våre bakgrunner og forhåndsoppfatninger både har gjort at vi har et godt grunnlag for å forstå tvang og erfaringer med tilbakehold, men også kan ha vært mer tilbøyelige til å trekke veksler på enkelte deler av forskningen på mulig bekostning av andre tilnærminger og framstillinger. Vi har derfor fortløpende i prosjektet, fra de innledende samtalene med oppdragsgiver til utforming av funn, analyse og rapportskrivning, reflektert rundt og diskutert hvordan våre individuelle og samlede erfaringer kan ha vært med på å forme vår lesing av forskningen, samt fortolkningen av denne. Vi tror og håper de interne diskusjonene har ført til at funnene vi presenterer i denne rapporten har blitt løftet og bedre utarbeidet, enn de ville ha blitt om vi ikke hadde hatt disse refleksjonsrundene og diskusjonene. Vi har på dette grunnlaget forsøkt være nøye med å forklare for oss selv og

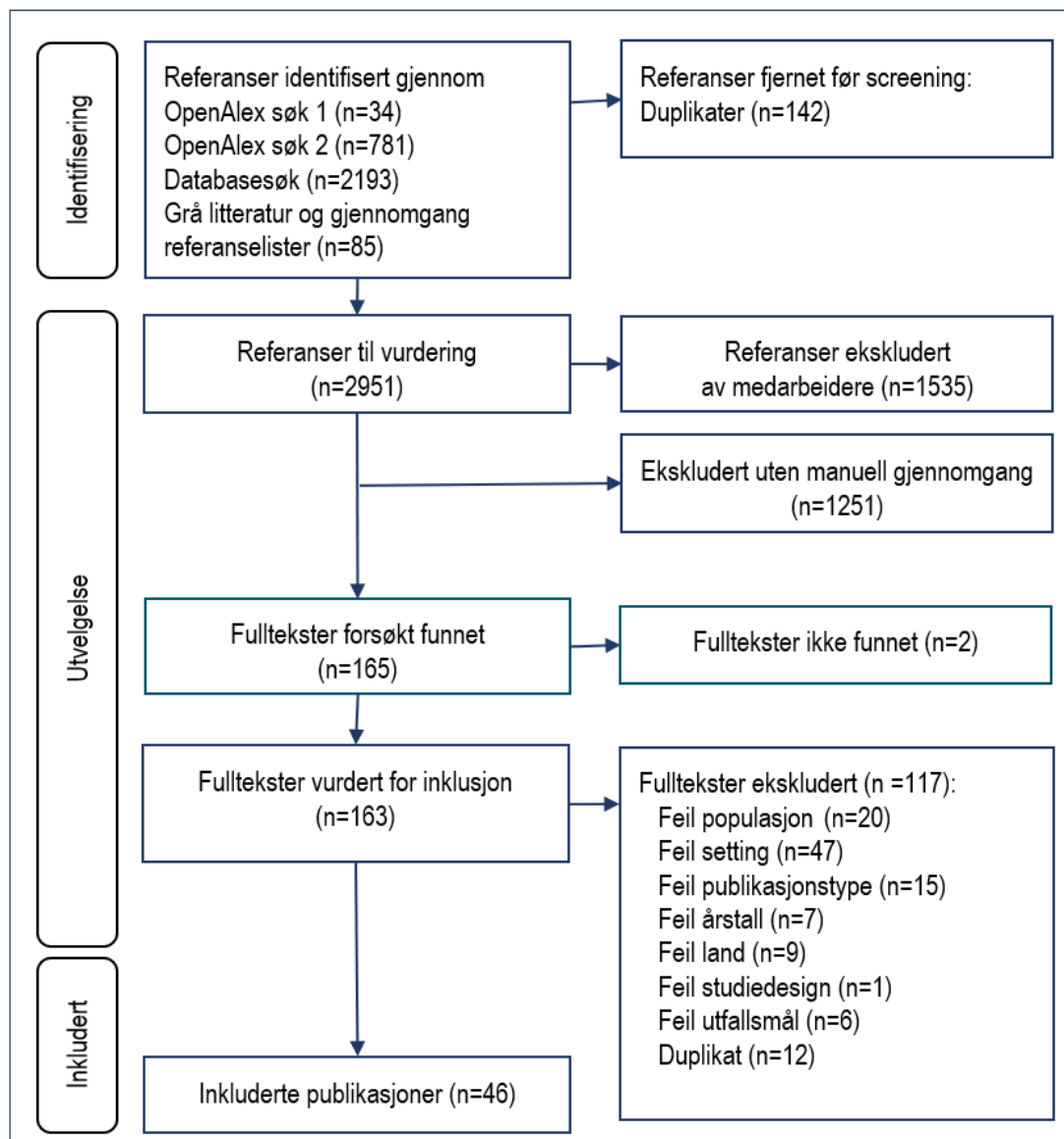
andre hvorfor vi har foretatt de valg vi har gjort og på hvilket grunnlag, noe vi mener at også har gjort arbeidet vårt transparent.

Resultater

Resultater av litteratursøket og utvelgelse av studier

Litteratursøkene ga 3093 treff før fjerning av dubletter (figur 1). Etter fjerning av dubletter satt vi igjen med 2951 referanser. Av disse ekskluderte vi 1535 referanser som åpenbart ikke oppfylte inklusjonskriteriene våre. Etter en tydelig utflating av inklusjonskurven og 250 referanser vurdert uten å inkludere noen, sluttet vi å vurdere referanser på tittel og sammendragsnivå. Dette medførte eksklusjon av ytterligere 1251 referanser på tittel og sammendragsnivå uten manuell gjennomgang.

To bokkapitler ble vurdert som relevant på tittel- og sammendragsnivå, men var ikke tilgjengelig i fulltekst. Vi fikk tak i og vurderte 163 publikasjoner i fulltekst, hvorav vi ekskluderte 117. De hyppigste eksklusjonsårsakene var feil setting (omhandlet ikke døgnbehandling eller tvang) for 47 studier og feil populasjon (omhandlet ikke rus) for 20 studier. Alle ekskluderte studier med eksklusjonsårsak listes i vedlegg 3. Vi inkluderte totalt 46 publikasjoner med 35 unike utvalg (noen publikasjoner benytter samme utvalg og noen benytter delvis overlappende utvalg)(43-89).



Figur 1: Flyttdiagram over utvelgelse av studier

Beskrivelse av de inkluderte studiene

Vi inkluderte totalt 46 publikasjoner publisert mellom 2009 og 2024 (43-89). Flertallet av publikasjonene var for studier gjennomført i Norge (n= 29), mens 16 studier var fra Sverige og én studie fra Danmark.

I det følgende beskriver vi hver for seg de 11 studiene som utforsket tilbakehold og bruk av tvang i institusjon overfor barn og unge, de 24 studiene som vedrørte voksne og de 14 studiene som tok for seg gravide. Av disse var det to som omhandlet både gravide og voksne, og én som omhandlet ungdom og voksne. Få av de inkluderte studiene oppga eller omtalte varigheten på oppholdet i institusjonen, og vi presenterer lengde på opphold der dette fremkommer i de aktuelle studiene.

Vi bruker begrepene «pasient» for å henvise til voksne, inkludert gravide, som er tilbakeholdt under tvang i spesialisthelsetjenesten. Ettersom det samme begrepet ikke brukes om barn og unge i barnevernsinstitusjoner velger vi også å bruke begrepet «bruker» for denne gruppen. Dette begrepet bruker vi også når vi omtaler alle de tre gruppene samlet.

Ungdom

Vi identifiserte 11 studier som utforsket tilbakehold og bruk av tvang i institusjon overfor ungdommer med rusmiddelproblematikk (se tabell 3). To av studiene var kvantitative og ni var kvalitative.

Tabell 3: Beskrivelse av studiene som undersøkte tilbakehold og bruk av tvang i institusjon overfor ungdommer med rusmiddelproblematikk (n=11)

Første-forfatter, årstall, land, referanse	Formål	Populasjon (plasseringsgrunnlag)	Utfall/fokus	RoB/ Metodisk kvalitet (se vedlegg 4)
Fridell 2009, Sverige (48)	Beskrive situasjonen fem år etter utskrivning, med fokus på utvikling i misbruk, psykisk helse, kriminalitet, sosial situasjon og hvordan psykologiske/psykiatriske faktorer påvirket utfallene over tid.	52 unge kvinner under 20 år med alvorlige sosiale problemer og misbruk innlagt etter LVU ved Lundens ungdomshjem i perioden 1997-2000. Tvangsplassering i institusjon	Effekt av tilbakehold og tvangsbruk	Lav risiko for systematiske skjevheter
Gundersen, 2023, Norge (51)	Utforske hva som kjennetegner barn og unge som bor i ene- eller alenetiltak i barnevernet, samt hvordan de har det.	14 ungdommer i alderen 13-20 år plassert i ene- eller alenetiltak etter bvl. § 6-2 (uten samtykke), § 6-1 (med samtykke), § 5-1 (omsorgsovertakelse) og § 3-5 (foreldrestøttende hjelpetiltak uten barnets samtykke), 20 miljøarbeidere og 15 ledere av enetiltak, samt 30 ansatte i enten Bufetat, BFE i Oslo kommune eller kommunalt barnevern. I tillegg to ansatte fra BUP og SMI. Tvangsplassering/frivillig plassering i institusjon	Erfaringer med tilbakehold og tvangsbruk	Små/moderate metodiske begrensninger
Gundersen, 2024, Norge	Utforske hva som kjennetegner ruskollektiver og læringsbasert rusbe-	23 ungdommer, hvorav halvparten plassert etter bvl. § 6-1 (med samtykke) og halvparten etter bvl. § 6-2	Erfaringer med tilbakehold og tvangsbruk	Små/moderate metodiske

(52)	handling (LBR-institusjoner), og hvordan ungdommer og ansatte opplever det å bo og jobbe i rustiltak.	(uten samtykke), og 37 ansatte i institusjon, samt 12 ansatte i den kommunale barnevernstjenesten og 18 ansatte i Bufetat og BFE i Oslo kommune.		begrensninger
		Tvangsplassering/frivillig plassering i institusjon		
		Tvangstiltak omtalt: Rustesting, bevegelsesbegrensning/voksenfølge, fastholding, inndragelse av mobiltelefon, kroppsvisitasjon, ransakelse av eiendeler, innlåsing/skjerming i institusjon		
Henriksen, 2021, Danmark (54)	Undersøke barn og unges medvirkning i lukkede døgninstitusjoner	Ni ungdommer plassert i institusjon etter serviceloven § 63b, ni saksbehandlere, samt gjennomgang av 28 saksdokumenter.	Erfaringer med tilbakehold og tvangsbruk	Moderate metodiske begrensninger
		Tvangsplassering/frivillig plassering i institusjon		
Lauritzen 2012, Norge (56)	Beskrive livssituasjonen til ungdommer med rusmiddelproblematikk ved inntak i behandling, kartlegge bruken av behandlingstiltak over en tiårsperiode (1998–2009) og undersøke endringer i livssituasjon og problembelastning.	31 ungdommer plassert ved to behandlingskollektiver. Flertallet innlagt ved tvang, med hjemmel i bvl. § 4-24 (uten samtykke). Over tid gikk mange over til frivillig tvang (§ 4-26).	Effekt av tilbakehold og tvangsbruk	Moderat/høy risiko for systematiske skjevheter
		Tvangsplassering/frivillig plassering i institusjon		
Reime, 2010. Norge (75)	Utforske opplevelsen av deltakelse og innflytelse i overgangen fra barnevernsinstitusjon til voksenliv, og hvordan brukermedvirkning fungerer i praksis – særlig for tvangsplasserte ungdommer.	13 ungdommer i alderen 16–18 år tidligere plassert i institusjon pga. alvorlig rus- og atferdsproblematikk. Syv plassert etter bvl. § 4-26 (med samtykke), 3 etter § 4-24 (uten samtykke), 3 etter omsorgsparagrafene (§ 4-12 og § 4-4 femte ledd).	Erfaringer med tilbakehold og tvangsbruk	Store metodiske begrensninger
		Tvangsplassering/frivillig plassering i institusjon		

Reime, 2017, Norge (77)	Utforske ansattes forståelse for og praksiser knyttet til bruk av tvang og ivaretagelse av barnas rettigheter under institusjonsplasseringen.	21 ansatte fra seks ulike barnevernsinstitusjoner som jobber med ungdom med alvorlig rus eller annen atferdsproblematikk plassert etter bvl. § 4-24 (uten samtykke) og § 4-26 (med samtykke)	Erfaringer med tilbakehold og tvangsbruk	Små metodiske begrensninger
		Tvangsplassering/frivillig plassering i institusjon		
Reime, 2021, Norge (76)	Undersøke ungdommers erfaringer med tvangsplassering i barnevernsinstitusjoner, samt belyse faktorer som gjør plasseringen en mulighet for personlig utvikling.	34 ungdommer plassert i barnevernsinstitusjon etter bvl. § 4-24 (uten samtykke), hovedsakelig på grunn av sin rusmiddelproblematikk	Erfaringer med tilbakehold og tvangsbruk	Små metodiske begrensninger
		Tvangsplassering i institusjon		
Samuelssen 2024, Norge (82)	Undersøke ansattes erfaringer med tvang i rusbehandling	Syv ansatte, fra fem ulike barnevernsinstitusjoner. Arbeider med ungdom plassert i institusjon etter bvl. § 6-1 (med samtykke) og § 6-2 (uten samtykke), målgruppe rus	Erfaringer med tilbakehold og tvangsbruk	Små/moderate metodiske begrensninger
		Tvangsplassering/frivillig plassering i institusjon		
Storrø, 2015, Norge (86)	Utforske om tvangsplassering i ruskollektiv kan bidra til endring, mestring og rusfrihet	Seks ungdommer tvangsplassert i ruskollektiv etter bvl. § 4-24 (uten samtykke)	Erfaringer med tilbakehold og tvangsbruk	Moderate metodiske begrensninger
		Tvangsplassering i institusjon		
Tysnes, 2014, Norge (88)	Utforske bakgrunnen for at ungdom blir plassert i institusjon etter § 4-24, og hvordan ungdommene opplevde institusjonsoppholdet og livssituasjonen i ettertid	17 ungdommer som tidligere har vært plassert i institusjon etter bvl. § 4-24 (uten samtykke) på grunn av rusmiddelproblematikk	Erfaringer med tilbakehold og tvangsbruk	Små metodiske begrensninger
		Tvangsplassering i institusjon		

Forforkortelser: LVU= Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga, BFE=Barne- og familie-etaten, BUP= Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk, SMI= Skolen for sosiale og medisinske institusjoner.

Voksne

Vi identifiserte 24 studier som utforsket tilbakehold og bruk av tvang i institusjon overfor voksne med rusmiddelproblematikk. Tolv studier hadde et kvantitativt studiedesign, 11 studier var kvalitative, mens én studie benyttet et flermetodisk design (kombinerte kvantitative og kvalitative data).

Tabell 4: Beskrivelse av studiene om tilbakehold og bruk av tvang i institusjon overfor voksne med rusmiddelproblematikk (n=24)

Første- forfatter, årstall, land, re- feranse	Formål	Populasjon (plasseringsgrunnlag)	Utfall/utfall	RoB/ Me- todisk kvalitet
Berg, 2022, Sverige (43)	Undersøke hvordan ansatte ved fire svenske institusjoner for voksne rusmiddelbrukere forstår og håndterer kontakten mellom klientene og deres pårørende under behandlingen	22 ansatte (både kvinner og menn) rekruttert til fire fokusgrupper, innlagt under LVM. Tvangsplassering i institusjon	Erfaringer med tilbakehold og tvangsbruk	Moderate metodiske begrensninger
Billquist (2009), Sverige (44)	Undersøke hvordan den dobbelte funksjonen av støtte og kontroll fungerer i relasjonen mellom ansatte og klienter innenfor rammene av tvangsplassering.	16 klienter innlagt under LVM og deres respektive kontaktpersoner (n=14). Tvangsplassering i institusjon	Erfaringer med tilbakehold og tvangsbruk	Moderate metodiske begrensninger
Ekendahl (2009), Sverige (46)	Undersøke hvordan alkoholmisbrukere som har vært tvangsplassert karakteriserer sin nåværende innleggelse, og hvordan de vurderer tidligere og kommende ettervernstiltak.	12 personer som alle hadde blitt tvangsinnlagt etter LVM og som hadde erfaring med minst én tidligere tvangsplassering siden 2001. Tvangsplassering i institusjon	Erfaringer med tilbakehold og tvangsbruk	Moderate metodiske begrensninger
Foss- mark, (2020), Norge (47)	Undersøke hvordan personer med alvorlig rusmiddelavhengighet og deres fagpersoner opplever autonomi i situasjoner hvor tvangsinnleggelse etter helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2 vurderes eller gjennomføres.	Fire brukere og deres respektive fagpersoner, til sammen åtte informanter. Plassering etter hol. §10-2 (uten samtykke). Tvangsplassering i institusjon	Erfaringer med tilbakehold og tvangsbruk	Små metodiske begrensninger

Fridell (2009), Sverige (48)	Beskrive situasjonen fem år etter utskrivning, med fokus på utvikling i misbruk, psykisk helse, kriminalitet, sosial situasjon og hvordan psykologiske/psykiatriske faktorer påvirket utfallene over tid.	138 kvinner tvangsinnlagt etter LVM, 80 systematisk utredet med standardiserte psykologiske og psykiatriske tester, 58 uten full psykologisk utredning (sammenligningsgruppe). I materialet var 40 % av LVM-innleggelsene etter § 4 (rettsdom) og 60 % etter § 13 (akutt omhändertagande).	Effekt av tilbakehold og tvangsbruk	Lav risiko for systematiske skjevheter
Tvangsplassering i institusjon				
Grahn* (2015), Sverige (50)	Identifisere og beskrive klientgrupper med gjentatte innleggelser i det svenske systemet for tvangsplassering av rusmiddelavhengige.	4515 voksne (>=18 år) innlagt på tvang etter LVM-loven mellom 2001 og 2009 (n=2658 i analysene)	Effekt av tilbakehold og tvangsbruk	Moderat/lav risiko for systematiske skjevheter
Tvangsplassering i institusjon				
Grahn* (2022), Sverige (49)	Undersøke om det å ha vært underlagt tvangsplassering for alvorlig rusmiddelbruk øker sannsynligheten for fremtidig fengsling.	12 044 voksne (>=18 år), som ble vurdert for rusmiddelproblematikk (2007-2017) i 65 kommuner etter LVM-loven.	Effekt av tilbakehold og tvangsbruk	Lav/moderat risiko for systematiske skjevheter
Tvangsplassering i institusjon				
Hall* (2015), Sverige (53)	(1) sammenligne dødelighetsrater med den generelle svenske befolkningen, (2) undersøke dødsårsakene for personer med alkohol- og narkotikaproblemer, og (3) identifisere individuelle risikofaktorer for død.	4515 voksne (>=18 år) innlagt på tvang etter LVM-loven mellom 2001 og 2009 (68,4 % menn i alkoholgruppen og 59,8 % menn i narkotikagruppen)	Effekt av tilbakehold og tvangsbruk	Lav risiko for systematiske skjevheter
Tvangsplassering i institusjon				
Ledberg* (2022), Sverige (57)	Undersøke hvorvidt risikoen for død er spesielt høy i perioden rett etter utskrivelse fra tvangsplassering for rusmiddelbruk.	7 929 voksne, alle utskrevet etter å ha fullført et seks måneders opphold i LVM-omsorg i perioden 2000–2017.	Effekt av tilbakehold og tvangsbruk	Moderat risiko for systematiske skjevheter

Tvangsplassering i institusjon				
Lundeberg, (2009), Norge (58)	Undersøke hvordan sosialtjenestens ansatte praktiserer lovverket knyttet til tvang – §§ 6-2 og 6-2a i sosialtjenesteloven (nå hol. §§ 10-2 og 10-3) – og hvilke faktorer som påvirker skjønnsutøvelsen i slike saker.	29 ruskonsulenter fra 20 NAV/sosialkontor og 26 øvrige aktører i tiltakskjeden, blant annet helsepersonell, advokater, utekontakter, ansatte ved kvinneklinikker, institusjoner og TSB. Plassering etter hol. §§ 10-2 (uten samtykke) og 10-3 (gravide uten samtykke).	Forekomst av, og erfaringer med, tilbakehold og tvangsbruk	Moderate/store metodiske begrensninger
Tvangsplassering i institusjon				
Lundeberg, (2010), Norge (59)	Undersøke hvordan de tre tvangsparagrafene i sosialtjenesteloven (§§ 6-2, 6-2a og 6-3) forstås, praktiseres og oppleves i sosialtjenesten, fylkesnemndene og institusjonene, samt å vurdere om lovens intensjoner oppfylles.	Survey til 141 ansatte i sosialtjenesten i 51 kommuner. 90 kvalitative intervjuer med sosialarbeidere, helsepersonell, pasienter og pårørende. Analyse av 776 fylkesnemndsvedtak hvorav 204 gjaldt gravide i perioden 1996–2009. Case-studier ved fire behandlingsinstitusjoner i ulike helseregioner. Dokument- og registeranalyser fra RHF-er, institusjoner og fylkesnemnder. Særlig ble det lagt vekt på å sammenligne tvangsbruk rettet mot voksne rusmiddelbrukere (hol. § 6-2) og gravide kvinner (§ 6-2a), samt bruken av frivillig samtykkebasert tilbakehold (§ 6-3).	Forekomst av, og erfaringer med, tilbakehold og tvangsbruk	Moderate metodiske begrensninger
Tvangsplassering/frivillig plassering i institusjon				
Molnes, (2019), Norge (60)	Utforske hvordan pasienter som er innlagt med tvangsvedtak i TSB opplever og forstår tvangssituasjonen.	Seks innlagte pasienter ved fire ulike rusinstitusjoner i Midt-Norge og på Østlandet, etter hol. §10-2 (uten samtykke).	Erfaringer med tilbakehold og tvangsbruk	Små/moderate metodiske begrensninger

Tvangsplassering i institusjon				
Opsal** (2016), Norge (67)	Undersøke hvorvidt pasienter som blir innlagt til behandling under tvang opplever mer, mindre eller lik grad av subjektiv (opplevd) tvang sammenliknet med pasienter som er innlagt frivillig, samt faktorer for kan predikere opplevd tvang.	192 pasienter med rusmiddelidelser (63 med tvang (etter hol. § 10-2) og 129 frivillig (etter hol. §10-4)) innlagt ved tre offentlig finansierte institusjoner i Kristiansand, Tønsberg og Oslo mellom 2009 og 2011.	Effekt av tilbakehold og tvangsbruk	Moderat risiko for systematiske skjevheter
Tvangsplassering/frivillig plassering i institusjon				
Opsal** (2019), Norge (66)	1) Sammenligne motivasjon for endring mellom tvangsinnlagte og frivillige på innleggelsestidspunktet, 2) utforske endringer i motivasjon for å søke hjelp ved utskrivelse, 3) utforske pasientens erfaringer med å bli tvangsinnlagt 6 måneder etter utskrivelse, 4) faktorer som kan påvirke bruk av rusmidler på oppfølgings-tidspunktet etter 6 måneder.	202 pasienter med rusmiddelavhengighet: 137 innlagt frivillig og 65 innlagt med tvang etter hol. § 10-2 (uten samtykke).	Effekt av tilbakehold og tvangsbruk	Moderat/høy risiko for systematiske skjevheter
Tvangsplassering/frivillig plassering i institusjon				
Padyab* (2015), Sverige (68)	Å identifisere klientkarakteristika som er forbundet med drop-out fra det svenske LVM-systemet. Å undersøke om drop-out ved første tvangsinnleggelse (2001–2009) er assosiert med økt sannsynlighet for en ny dom til LVM-vård. Å undersøke om drop-out er assosiert med økt dødelighet.	4515 voksne (>=18 år) innlagt på tvang etter LVM-loven mellom 2001 og 2009	Effekt av tilbakehold og tvangsbruk	Lav risiko for systematiske skjevheter
Tvangsplassering i institusjon				
Palm (2009), Sverige (69)	Undersøker hvordan svenske sosialarbeidere reiser rundt bruk av tvangsvård (tvungen omsorg) for personer med rusproblemer.	Studien bygger på 17 kvalitative intervjuer med sosialarbeidere og ledere i sosialtjenesten, samt observasjoner fra 11 møter og feltarbeid i 2005–2006.	Erfaringer med tilbakehold og tvangsbruk	Moderat/store metodiske begrensninger

Tvangsplassering i institusjon

Pasare-anu** (2015), Norge (72)	1) Beskrive livskvalitet (QoL) blant pasienter med rusmiddelavhengighet innlagt til døgntil behandling – enten frivillig eller med tvangsvedtak, 2) undersøke endringer i livskvalitet seks måneder etter utskrivelse, 3) identifisere faktorer som kan forklare endringer i livskvalitet.	202 pasienter med rusmiddelavhengighet: 137 innlagt frivillig og 65 innlagt med tvang etter hol. § 10-2 (uten samtykke). Tvangsplassering/frivillig plassering i institusjon	Effekt av tilbakehold og tvangsbruk	Moderat risiko for systematiske skjevheter
Pasare-anu** (2016), Norge (70)	1) Beskrive rusbruk ved 6-måneders oppfølging, 2) undersøke endringer i rusbruk fra innleggelse til 6 måneder etter utskrivelse hos frivillig vs. tvangsinnlagte, 3) undersøke faktorer som var assosiert med rusfrihet og endringer i rusbruk ved oppfølging.	202 pasienter med rusmiddelavhengighet: 137 innlagt frivillig og 65 innlagt med tvang etter hol. § 10-2 (uten samtykke). Tvangsplassering/frivillig plassering i institusjon	Effekt av tilbakehold og tvangsbruk	Moderat risiko for systematiske skjevheter
Pasare-anu** (2017), Norge (71)	1) Beskrive nivået av psykisk uhelse hos ruspasientene ved baseline (etter avrusning), 2) undersøke endringer i psykisk uhelse fra innleggelse til 6 måneder etter utskrivelse hos frivillig vs. tvangsinnlagte, 3) undersøke faktorer som var assosiert med endringen i psykisk uhelse.	202 pasienter med rusmiddelavhengighet: 137 innlagt frivillig og 65 innlagt med tvang etter hol. § 10-2 (uten samtykke). Tvangsplassering/frivillig plassering i institusjon	Effekt av tilbakehold og tvangsbruk	Moderat risiko for systematiske skjevheter
Persson, (2020), Norge (73)	Undersøke hvordan kommunale og spesialisthelsetjeneste opplever det tverrfaglige samarbeidet ved bruk av tvangstiltak overfor personer med rusmiddelproblematikk, og hvilke utfordringer som kan oppstå.	Åtte informanter: Fire fra kommunal rustjeneste og fire fra spesialisthelsetjenesten (institusjoner utpekt for tvangsinnleggelser). Tvangstiltaket i denne studien er avgrenset til bruk av hol. § 10-2 (uten samtykke)	Erfaringer med tilbakehold og tvangsbruk	Moderate metodiske begrensninger

Tvangsplassering i institusjon				
Petersson (2021), Sverige (74)	Utforske klienters perspektiver på hvordan tvangsplassering påvirker nære relasjoner, og hvordan kontakten med pårørende håndteres i institusjonen.	Intervju med 31 personer: 14 kvinner og 17 menn innlagt ved fire LVM-institusjoner. Tvangsplassering i institusjon	Erfaringer med tilbakehold og tvangsbruk	Moderate/små metodiske begrensninger
Runquist (2012), Sverige (81)	Analysere hvordan sosialsekretærer motiverer beslutninger om å iverksette tvangsinnleggelse i henhold til LVM, og hvordan disse forklaringene relaterer seg til deres forståelse av klientenes situasjon og deres egen rolle. For det andre å undersøke hvordan klientene oppfatter tvangsplasseringen over tid og hvordan deres sosiale situasjon endres etter avsluttet LVM-vård.	80 klienter (38 menn og 42 kvinner) som var innlagt i LVM-omsorg i 2006, og deres respektive sosialsekretærer (totalt 79 personer). Tvangsplassering i institusjon	Erfaringer med tilbakehold og tvangsbruk	små metodiske begrensninger
Scarpa* (2023), Sverige (83)	(1) Identifisere hvilke faktorer som predikerer risiko for å bli dømt til tvangsplassering innen 5 år etter en vurdering av alvorlighet av rusmiddelavhengighet (ASI-vurdering), og (2) å undersøke om tvangsinnleggelse var assosiert med redusert risiko for rusrelatert død sammenlignet med dem som ble vurdert med ASI uten å tvangsinnlegges.	1: 14 395 voksne over 18 år som fikk utført ASI-vurdering i 144 kommuner mellom 1999-2014, og som ble koblet til registeret over tvangsinnleggelser de neste 5 årene etter ASI-vurdering; 2: 25 125 voksne over 18 år som fikk utført ASI-vurdering i 144 kommuner mellom 1999-2019, koblet til dødsårsaksregisteret Tvangsplassering i institusjon	Effekt av tilbakehold og tvangsbruk	Lav risiko for systematiske skjevheter
Solli, (2012), Norge (85)	Undersøke hva som fremgår som formålet med bruk av tvang i 40 fylkesnemndsvedtak etter sosialtjenesteloven § 6-2 (uten samtykke).	Antall saker: 40, 16 kvinner og 24 menn Tvangsplassering i institusjon	Erfaringer med tilbakehold og tvangsbruk	Moderate/små metodiske begrensninger

Forklaringer: * Helt eller delvis overlappende studiepopulasjon. ** Samme studiepopulasjon
 Forkortelser: LVM=Lov om tvangsomsorg for rusmiddelavhengige, ASI= Addiction Severity Index, QoL=Quality of Life/Livskvalitet, TSB=Tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Gravide

Vi identifiserte 14 studier som utforsket tilbakehold og bruk av tvang i institusjon overfor gravide med rusmiddelproblematikk. Åtte var kvalitative, fem kvantitative og en benyttet et flermetodisk design som kombinerte kvalitative og kvantitative data.

Tabell 5: Beskrivelse av studiene om tilbakehold og bruk av tvang i institusjon overfor gravide med rusmiddelproblematikk (n=14)

Første-forfatter, årstall, land, referanse	Formål	Populasjon (plasseringsgrunnlag)	Utfall/fokus	RoB/ Metodisk kvalitet (se vedlegg 4)
Bjørlien, (2023), Norge (45)	Utforske hvordan helsepersonell erfarer muligheter og begrensninger for brukermedvirkning i behandling av gravide kvinner innlagt på tvang.	Helsepersonell som arbeider ved de tre institusjonene og har erfaring med gravide kvinner innlagt på tvang etter hol. § 10-3 (gravide uten samtykke). 3 fokusgrupper, hver bestod av mellom 3 og 5 deltakere, og til sammen deltok flere profesjoner: sykepleiere, vernepleiere, sosionomer, psykiater og jordmor.	Erfaringer med tilbakehold og tvangsbruk	Små/moderate metodiske begrensninger
Tvangsplassering i institusjon				
KoRus region sør (2015), Norge (55)	Fremskaffe systematisk kunnskap om gravide kvinner innlagt på tvang og dermed bidra til forståelse og videre utvikling av behandlings- og oppfølgings-tilbudet	52 kartlegginger av gravide kvinner innlagt etter hol. § 10-3 (gravide uten samtykke) i perioden 2011–2014. Tvangsplassering i institusjon	Forekomst og effekt av tilbakehold og tvangsbruk.	Moderat/lav risiko for systematiske skjevheter
Lundeberg, (2009), Norge (58)	Undersøke hvordan sosialtjenestens ansatte praktiserer lovverket knyttet til tvang – §§ 6-2 og 6-2a i sosialtjenesteloven (nå hol. §§ 10-2 og 10-3) – og hvilke faktorer	9 ruskonsulenter fra 20 NAV/sosialkontor og 26 øvrige aktører i tiltaks-kjeden, blant annet helsepersonell, advokater, utekontakter, ansatte ved kvinneklinikker, institusjoner og TSB. Plassering etter hol. §§ 10-2 (uten samtykke) og 10-3 (gravide uten samtykke).	Forekomst av, og erfaringer med tilbakehold og tvangsbruk	Moderate/store metodiske begrensninger
Tvangsplassering i institusjon				

som påvirker skjønns-
utøvelsen i slike sa-
ker.

Lunde- berg, (2010), Norge (59)	Undersøke hvordan de tre tvangsparagrafene i sosialtjenesteloven (§§ 6-2, 6-2a og 6-3) forstås, praktiseres og oppleves i sosialtjenesten, fylkesnemndene og institusjonene, samt å vurdere om lovenes intensjoner oppfylles.	Survey til 141 ansatte i sosialtjenesten i 51 kommuner. 90 kvalitative intervjuer med sosialarbeidere, helsepersonell, pasienter og pårørende. Analyse av 776 fylkesnemndsvedtak hvorav 204 gjaldt gravide i perioden 1996–2009. Case-studier ved fire behandlingsinstitusjoner i ulike helse-regioner. Dokument- og registeranalyser fra RHF-er, institusjoner og fylkesnemnder. Særlig ble det lagt vekt på å sammenligne tvangsbruk rettet mot voksne rusmiddelbrukere (hol. § 6-2) og gravide kvinner (§ 6-2a), samt bruken av frivillig samtykkebasert tilbakehold (§ 6-3).	Forekomst av, og erfaringer med tilbakehold og tvangsbruk	Moderate metodiske begrensninger
Tvangsplassering/frivillig plassering i institusjon				
Monrad (2019), Norge (61)	Få frem kvinners egne stemmer og undersøke hvordan tvangsinnleggelse eller trussel om tvang oppleves av gravide kvinner som har valgt å ta abort under eller etter innleggelsen.	To kvinner som enten var innlagt etter hol. § 10-3 (gravide uten samtykke) eller ble truet med innleggelse («Anne» og «Tora») Tvangsplassering i institusjon	Erfaringer med tilbakehold og tvangsbruk	Moderate/store metodiske begrensninger
Myra (2016), Norge (62)	Utforske om tilknytning mellom mor og ufødt barn er mulig i en kontekst preget av tvang, slik kvinnene selv erfarer det	Åtte kvinner innlagt ved to lukkede behandlingenheter for gravide rusmiddelavhengige kvinner innenfor spesialisthelsetjenesten etter hol. § 10-3 (gravide uten samtykke). Tvangsplassering i institusjon	Erfaringer med tilbakehold og tvangsbruk	Små/moderate metodiske begrensninger
Myra (2018), Norge (63)	Undersøke hvilke diskurser terapeuter bruker når de snakker om endringsprosesser og tilknytning mellom gravide kvinner med rusmiddelavhengighet og	Fokusgruppeintervjuer med til sammen 40 terapeuter, hovedsakelig sykepleiere og jordmødre, men også familierapeuter, barnevernspedagoger, sosionomer og psykologer. 20 deltakere jobbet utelukkende med pasienter innlagt på tvang, 12 jobbet	Erfaringer med tilbakehold og tvangsbruk	Moderate metodiske begrensninger

	deres ufødte barn, og hvilke kliniske implikasjoner disse diskursene har – særlig i konteksten av frivillig og tvungen behandling	med både frivillige og tvangsinnlagte, og 8 jobbet kun med frivillige. Plassering etter hol. §§ 10-3 (gravide uten samtykke) og 10-4 (eget samtykke). Tvangsplassering/frivillig plassering i institusjon		
Myra (2024), Norge (64)	Utforske tanker om morskap og ufødt barn hos gravide kvinner som er i frivillig eller tvungen behandling for rusmiddelbruk, samt å få innsikt i hvordan deres egne tilknytningserfaringer fra barndommen påvirker deres refleksjoner.	16 kvinner, hvorav åtte var innlagt frivillig og åtte tvangsinnlagt ved tre av de fire institusjonene i Norge som tilbyr døgnbehandling til gravide kvinner med rusmiddelproblemer. Disse institusjonene behandler både frivillig og tvangsinnlagte pasienter etter hol. §§ 10-3 (gravide uten samtykke) og 10-4 (eget samtykke). Tvangsplassering/frivillig plassering i institusjon	Erfaringer med tilbakehold og tvangsbruk	Moderate metodiske begrensninger
Nordlie, (2012), Norge (65)	Undersøke hvordan tvangsinnleggelse etter hol. § 10-3 påvirker svangerskapsutfall, spesielt barnas fødselsvekt, sammenlignet med frivillig innleggelse av gravide rusmiddelbrukere.	110 fødsler blant kvinner som var innlagt på tvang og 57 fødsler blant frivillig innlagte kvinner i perioden 1996-2009. Alle kvinnene i tvangsgruppen innlagt etter sosialtjenesteloven § 6.2a (dagens hol. § 10-3 som omhandler gravide uten samtykke). Tvangsplassering/frivillig plassering i institusjon	Forekomst og effekt av tilbakehold og tvangsbruk	Høy risiko for systematiske skjevheter
Reitan* (2011), Sverige (78)	Kartlegge og øke kunnskapen om gravide kvinner i LVM-omsorg, og sammenligne dem med andre pasienter i LVM	79 kvinner/81 unike graviditeter. 61 kvinner ble innlagt gjennom akutt tvangsvedtak (§ 13 LVM), 18 via planlagt tvang (§ 4 LVM), og kun to frivillig etter sosialtjenesteloven Tvangsplassering/frivillig plassering i institusjon	Effekt av tilbakehold og tvangsbruk	Moderat risiko for systematiske skjevheter
Reitan** (2019), Sverige (80)	(1) Kartlegge helse- og livssituasjonen til gravide rusmiddelbrukere som var innlagt under tvang i Sverige og deres barn i en oppfølgingsperiode	97 kvinner tvangsplassert etter svensk LVM-lov og 104 barn. Tvangsplassering/frivillig plassering i institusjon	Effekt av tilbakehold og tvangsbruk	Moderat/høy risiko for systematiske skjevheter

som varte til fem år etter fødsel, og (2) analysere utfallene i forhold til hvilken type rusmiddel de benyttet.

Reitan* (2017), Sverige (79)	Analysere i hvilken grad graviditet vektlegges i rettens vurderinger, og hvordan såkalte graviditeten får betydning i vurderingen av tvangsvedtak	109 kvinner med 118 graviditeter (9 av kvinnene var gravide to ganger). LVM-saker hvor graviditet eller mistanke om dette ble nevnt i forbindelse med tvangsvedtak i perioden 2000–2009. Tvangsplassering i institusjon	Effekt av tilbakehold og tvangsbruk	Lav risiko for systematiske skjevheter
Söderström (2012), Norge (87)	Løfte frem klientperspektivet i diskusjonen om bruk av hol. § 10-3 – en paragraf som gir hjemmel for å holde gravide rusmiddelavhengige kvinner tilbake i institusjon uten samtykke, for å beskytte fosteret mot skade.	To gravide kvinner – "Siri" og "Anna" – som begge har erfaring med tvangsinnleggelse eller trussel om tvangsinnleggelse etter hol. § 10-3 (gravide uten samtykke). Tvangsplassering i institusjon	Erfaringer med tilbakehold og tvangsbruk	Moderate/store metodiske begrensninger
Wehus, (2019), Norge (89)	Undersøke hva helsepersonell anser som meningsfull hjelp til gravide rusmiddelavhengige kvinner, og hva som skal til for at hjelpen skal oppleves som tilstrekkelig og nyttig.	To jordmødre, to barnevernspedagoger, en vernepleier og en sykepleier med videreutdanning i psykisk helse, rekruttert fra to ulike klinikker (én på Østlandet, én på Vestlandet) og en forsterket helsestasjon. Innleggelse etter hol. § 10-3 (gravide uten samtykke) eller §10-4 (eget samtykke) Tvangsplassering/frivillig plassering i institusjon	Erfaringer med tilbakehold og tvangsbruk	Moderate/store metodiske begrensninger

Forklaringer: * Helt eller delvis overlappende studiepopulasjon. RHF=Regionalt Helseforetak, LVM=Lov om tvangsomsorg for rusmiddelavhengige, TSB=Tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Utfall og tematiske hovedområder

De inkluderte studiene belyser ulike sider ved tilbakehold og bruk av tvang i institusjon overfor personer med rusmiddelproblematikk. Mesteparten av forskningen omhandler erfaringer og opplevelser knyttet til tilbakehold og/eller tvangsbruk under tilbakeholdet. Totalt 26 studier undersøker hvordan pasienter, ansatte og beslutningstakere opplever plassering i institusjon og bruk av tvangstiltak, samt relasjoner i institusjonelle

settinger. Disse studiene gir innsikt i opplevd tvang, autonomi, relasjonelle forhold mellom pasient og behandler, samt opplevelser av støtte, trygghet og kontroll.

Elleve studier undersøker konsekvenser av tvangsbruk, herunder endringer i rusmiddelbruk, livskvalitet, tilbakefall og behandlingsutfall på kort og lang sikt. Flere av disse studiene har et longitudinelt design og følger pasienter over tid for å vurdere endringer under og etter institusjonsoppholdet. Videre undersøker tre studier forekomst av tilbakehold i institusjon, hvor to rapporterer om både voksne og gravide.

Syv publikasjoner undersøker også andre utfall som opplevd tvang, motivasjon, endringsvilje og helseutfall hos barnet til gravide (denne rapporterer også på forekomst).

Under presenteres funn for hvert forskningsspørsmål.

Funn om forekomst og omfang av tilbakehold og tvang i institusjon

Forekomst

For forskningsspørsmålet om forekomst og omfang av tilbakehold og ulike typer tvangsbruk i institusjon overfor personer med problematisk rusmiddelbruk identifiserte vi få studier (55;58;59). Vi tok dermed kontakt med ulike norske instanser som besitter informasjon om tilbakehold og tvangsvedtak i institusjon for å få oversikt over utviklingen de 10 siste årene.

Vedtak om tilbakehold/tvangsplassering

Datagrunnlaget som ble hentet inn av prosjektgruppen består av aggregerte tall innhentet fra sentralenheten i Barneverns- og helsenemnda (BVHN) for årene 2017–2024. Antall vedtak er fordelt på tre saksstadier: midlertidig vedtak, klage på midlertidig vedtak og hovedsak. BVHN gikk over til nytt saksbehandlingssystem i 2017; derfor foreligger konsistente tall fra og med 2017 og fremover. Ny barnevernslov (bvl.) trådte i kraft 1. januar 2023, noe som medfører at ulike paragrafer benyttes før og etter 2023 i figurene. Tallene beskriver kun antall vedtak, ikke faktiske innleggelser, og ett individ kan ha flere vedtak i samme år.

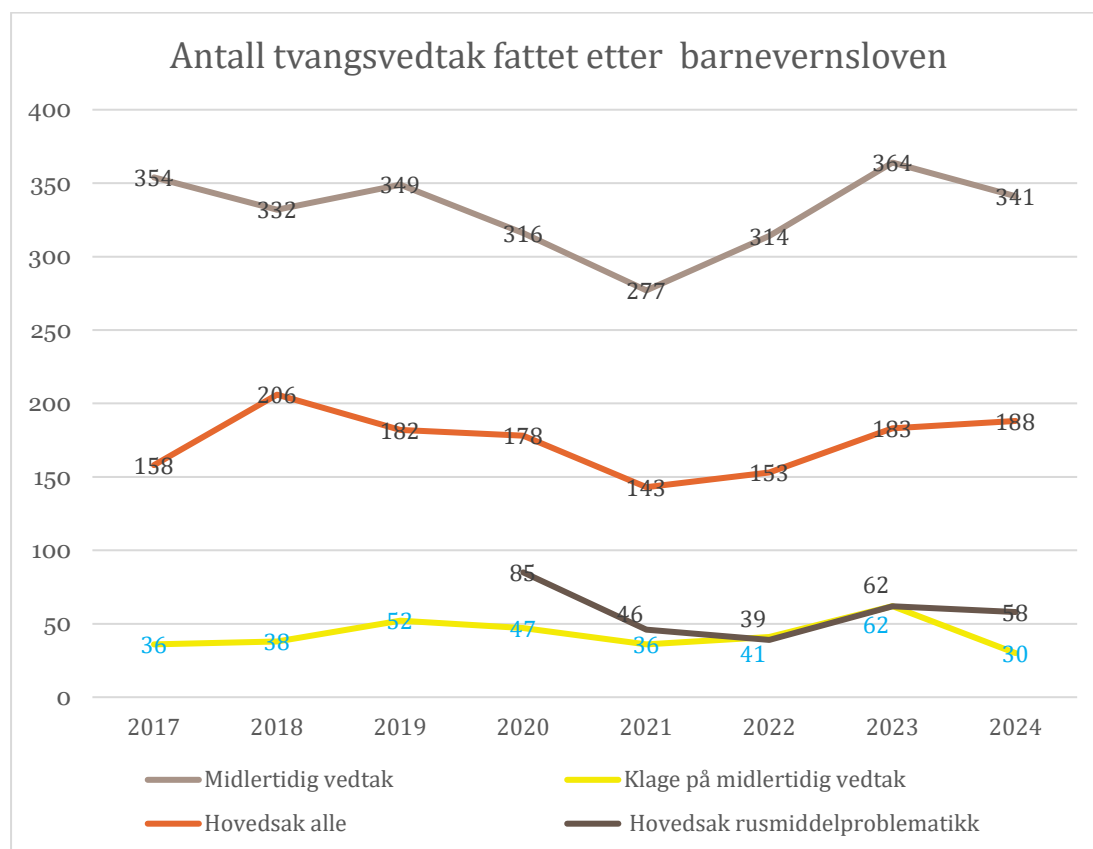
Videre er det viktig å påpeke at tallene mottatt fra BVHN relatert til vedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven (hol.) §§ 10-2 og 10-3 inkluderer både voksne og barn. BVHN påpeker at de aller fleste barn og unge som blir plassert i institusjon fordi de trenger behandling for rusmiddelproblemer, blir plassert med hjemmel i barnevernslovens bestemmelser, så vi antar at tallene som presenteres under i all hovedsak er for den voksne populasjonen. Videre påpeker BVHN at kommunene sjeldent fremmer saker om tvangsplassering etter hol. for barn, og de er heller ikke kjent med hva som er bakgrunnen i de tilfellene der kommunene velger å fremme begjæring om plassering etter hol. i stedet for bvl.

Forekomst av tilbakehold overfor barn og unge med rusmiddelproblematikk

Vi identifiserte ingen studier som hadde som formål å undersøke forekomst av tilbakehold overfor barn og unge med rusmiddelproblematikk. I de publikasjonene hvor noe forekomstdata ble oppgitt, ble de med rusmiddelproblematikk kun omtalt som en del av en samlet gruppe med «omfattende atferds- og rusproblematikk».

Tall innhentet av prosjektgruppen fra BVHN

For midlertidige vedtak sees overordnet en svak nedgang i forekomst av tilbakehold, fra 354 i 2017 til 341 i 2024 (figur 2). Fra 2017 sees en nedgang frem mot 2021 (n=277), før en årlig økning frem til 2023 (n=364), deretter en liten nedgang i 2024 (n=341). For klager på midlertidige vedtak sees en overordnet nedgang på ca. 17 prosent: Fra 36 i 2017 til 30 i 2024. Etter en årlig økning frem til 2019 (n=52), sees en nedgang i 2021 (n=36), før en stigning til høyeste antall i 2023 (n=62) og en halvering omtrent til 2024 (n=30). For alle hovedsaker sees en overordnet økning på rundt 19 prosent: Fra 158 i 2017 til 188 i 2024. Nivået øker fra 2017 til 2018 (n=206), deretter sees en årlig nedgang frem til 2021 (n=143), deretter en årlig økning frem til 2024 (n=188). For hovedsaker knyttet til rusmiddelproblematikk sees en overordnet nedgang på rundt 32 prosent: Fra 85 i 2020 til 58 i 2024. Det observeres en tydelig nedgang i forekomst av tilbakehold fra 2020 til 2022 (n=39), deretter en økning i 2023 (n=62) og en liten nedgang i 2024 (n=58).



Figur 2: Antall tvangsvedtak fattet etter barnevernsloven i perioden 2017-2024 (bvl. § 4-25/§ 4-4 for midlertidige vedtak; § 4-24/§ 6-2 for hovedsaker. Merk paragrafskifte etter ny bvl. i 2023)

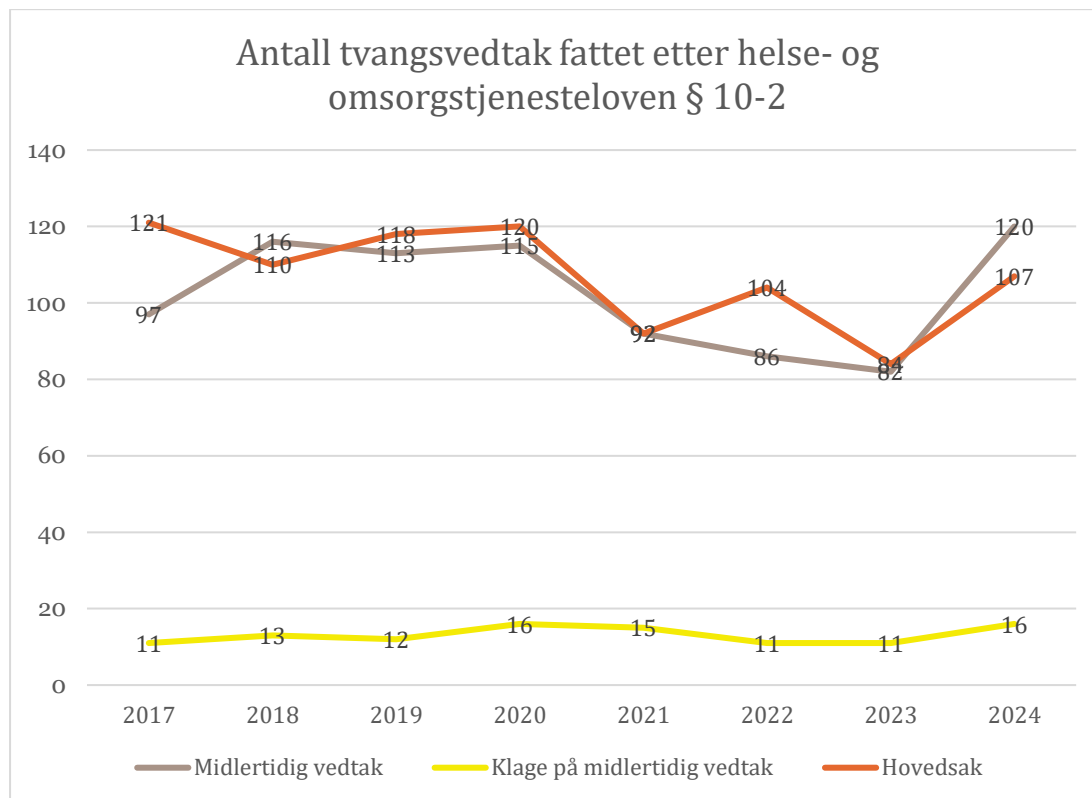
Forekomst av tilbakehold i institusjon overfor voksne med rusmiddelproblematikk

Vi identifiserte to studier som rapporterte noe informasjon om forekomst av tilbakehold uten samtykke blant voksne.

Rapporten "Grenser for tvang" av Lundeberg og Mjåland ble publisert i 2009 av Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier (58). Studien ble gjennomført i Norge på oppdrag fra Helsedirektoratet, og inngikk som del av en nasjonal evaluering av sosialtjenestens bruk av tvang overfor rusmiddelmisbrukere, både voksne og gravide. Her rapporteres det at for voksne rusmiddelbrukere så økte bruken av tvang etter hol. § 6-2 (tilbakehold uten samtykke) betydelig mellom 2001 og 2008, fra 39 til over 80 realitetsvedtak (antall vedtak fattet i nemdene, men sier ikke om faktisk vedtakene ble iverksatt). Forfatterne påpekte at det ble påvist store geografiske forskjeller i omfanget, som ikke kunne forklares av ulik forekomst av alvorlighetsgrad av rusmiddelproblematikk i befolkningen alene, men heller av ulik organisering, lederforankring og lokale holdninger. I en annen rapport utgitt av Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier ett år senere (59) rapporteres det tall for de samme paragrafene frem til 2009, hvor antall vedtak for hol. § 6-2 hadde økt til 87. Videre rapporterer forskerne at det har ikke latt seg gjøre å undersøke endringen av bruken av hol. § 6-3 (tilbakehold etter eget samtykke) over tid på grunn av manglende statistikkføring, men i 2008 ble det foretatt ca. 150 innleggelser etter denne paragrafen.

Tall innhentet av prosjektgruppen fra BVHN

For midlertidige vedtak sees en overordnet økning i forekomst av tilbakehold på om lag 24 prosent. Fra 97 vedtak i 2017 til 120 i 2024 (figur 3). Etter et nivå på rundt 113–116 i 2018–2020 falt tallene til et bunnpunkt i 2023 (n=82), før en markant oppgang i 2024 til seriens høyeste nivå. For klager på midlertidige vedtak sees en overordnet økning i forekomst av tilbakehold på omtrent 45 %: fra 11 i 2017 til 16 i 2024, med en jevn økning fra 2017 til 2020, deretter en nedgang frem til 2022/2023, og så en økning. Høyeste antall vedtak observeres i 2020 og 2024 (n=16). For hovedsak sees en nedgang på ca. 12 prosent: fra 121 i 2017 til 107 i 2024. Serien har en relativt stabil topp rundt 2019–2020, etterfulgt av tydelig fall i 2021–2023 og en økning i 2024.



Figur 3: Antall tvangsvedtak fattet etter hol. § 10-2 (tilbakehold i institusjon uten samtykke) i perioden 2017-2024

Forekomst av tilbakehold i institusjon overfor gravide med rusmiddelproblematikk

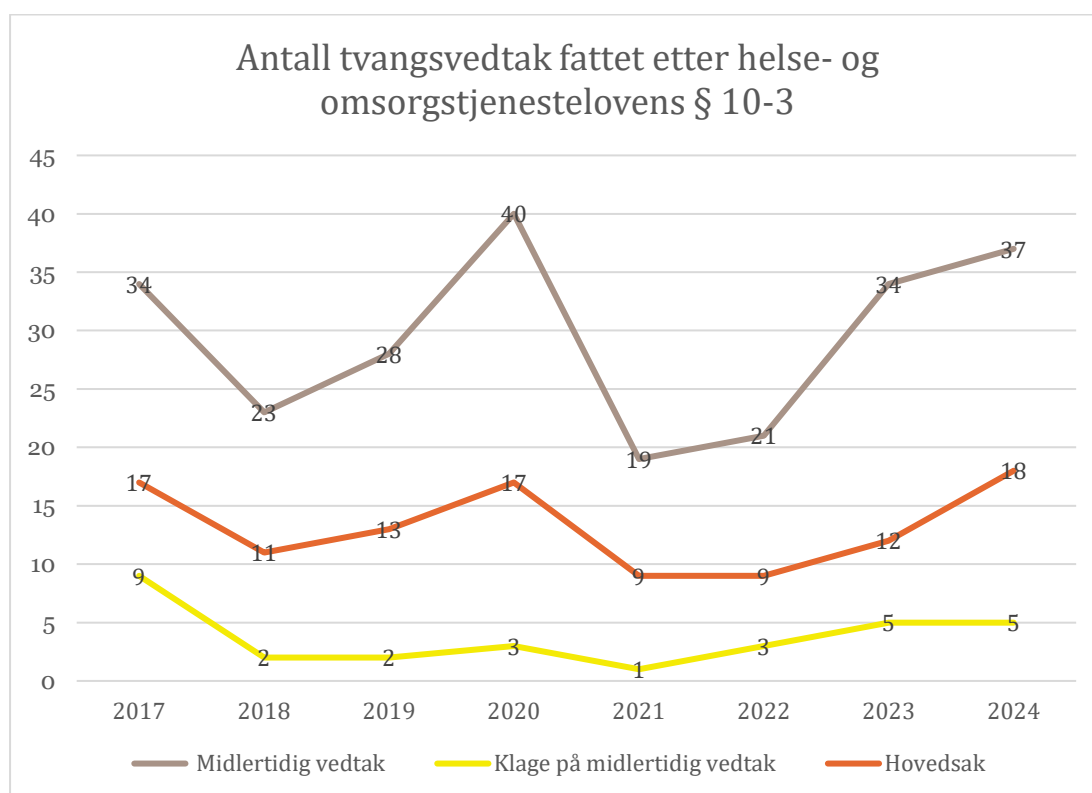
Vi identifiserte tre publikasjoner som rapporterte noe informasjon om forekomst av tilbakehold uten samtykke blant gravide.

Rapporten “Grenser for tvang” av Lundeberg og Mjåland (58) som ble nevnt over for de voksne, rapporter at det for gravide rusmiddelmisbrukere ble observert en markant økning i realitetsvedtak (jf. hol. § 6-2a) – fra 12 saker i 2001 til 37 i 2008, mens det i en nyere publikasjon med tall fra 2009 ble rapportert om at antall realitetsvedtak for hol. § 6-2a hadde sunket til 29 (59).

Rapporten “Gravide innlagt på Borgestadklinikken” fra Kompetansesenter rus region sør (KoRus) publisert i 2015, undersøkte gravide rusmiddelavhengige kvinner som ble tvangsinnlagt ved Borgestadklinikken etter hol. § 10-3 i perioden 2011–2014 (55). Formålet var å skaffe systematisk kunnskap om denne gruppen for å forbedre behandling og oppfølging, og de rapporterte noe data for å sammenligne med tidligere undersøkelser fra perioden 1996-2010. Rapporten presenterer noen resultater som omhandler forekomst av tvangsplasseringer på Borgestadklinikken, som er den institusjonen i Norge med flest tvangsinnleggelser av gravide med rusmiddelproblematikk. I årene 1996-2000 var det mellom 1 til 6 innleggelser i året, mens fra 2001 har antall innleggelser ligget mellom 9-18 pasienter per år. Gjennomsnittlig antall innleggelser fra 2001-2014 har vært 13,4, mens det i årene 1996-2000 var 4,2 innleggelser i året. Til sammen er det kartlagt 209 kvinner innlagt etter hol. § 10-3 i perioden 1996 til 2014.

Tall innhentet av prosjektgruppen fra BVHN

Som vist i figur 4 ses det for midlertidige vedtak en overordnet økning i forekomst av tilbakehold fra 34 i 2017 til 37 i 2024, men det er stor variasjon innad i tidsserien: nedgang til 2018, økning til 2020 (n=40), nedgang til laveste antall i 2021 (n=19), deretter en årlig økning frem til 2024. For klager på midlertidige vedtak sees en overordnet nedgang på om lag 44 %: fra 9 i 2017 til 5 i 2024. Høyeste og laveste nivå observert i henholdsvis 2017 (n=9) og 2021 (n=1), deretter en svak økning til 2023–2024. For hovedsak sees en økning i forekomst av tilbakehold på rundt seks prosent: Fra 17 i 2017 til 18 i 2024. Videre observeres en nedgang til 2021 (n=11), deretter årlig økning i 2019 (n=13) og 2020 (n=17). Fra 2020 observeres en nedgang i 2021 (n=9) og 2022 (n=9), med påfølgende økning i 2023 (n=12) og 2024.



Figur 4: Antall tvangsvedtak fattet etter hol. § 10-3 (tilbakehold i institusjon uten samtykke for gravide) i perioden 2017-2024

Bruk av tvang under tilbakeholdet

I forbindelse med forskningsspørsmålet om forekomst ønsket vi også å vite mer om tvangsvedtak fattet på institusjon, altså etter at personen har blitt innlagt. Dette innebærer både omfanget av bruk av tvang på institusjoner, samt hvilke typer tvangstiltak som er blitt fattet (f.eks. bevegelsesbegrensning, bruk av tvang i akutte faresituasjoner, kroppsvitasjon og undersøkelse av rom og eiendeler, inndragning av farlige gjenstander og tilbakeføring ved rømming, kontroll av brev og pakker, rusmiddeltesting osv.). Dette hadde ikke BVHN data på.

Vedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven (hol.):

Vi tok kontakt med Statsforvalteren i alle fylker, siden Statsforvalteren er klageinstans for pasientene på institusjoners vedtak om tvang etter hol., men vi ble opplyst om at de

får ikke oversendt informasjon om tvangsvedtak fattet etter innleggelse før det eventuelt opprettes en klagesak eller en tilsynssak. Videre opplyste Helsedirektoratet oss om at fylkesembetene tidligere rapporterte på antall klager de hadde mottatt på vedtak om tvangstiltak, men at rapporteringskravet ble avvirket for over ti år siden. Dermed fins det i dag ingen sentralisert oversikt over omfang, type tvangsvedtak eller utvikling av tvangstiltak i institusjon etter innleggelse etter bestemmelsene i hol. Det er den enkelte institusjon som har oversikt over antall tvangstiltak, og de er pålagt å føre løpende protokoll over alle tvangsvedtak gjennomført på institusjon. Statsforvalteren skal på forespørsel forelegges protokollene, jf. forskrift om rettigheter og tvang i rusinstitusjon § 12 (90).

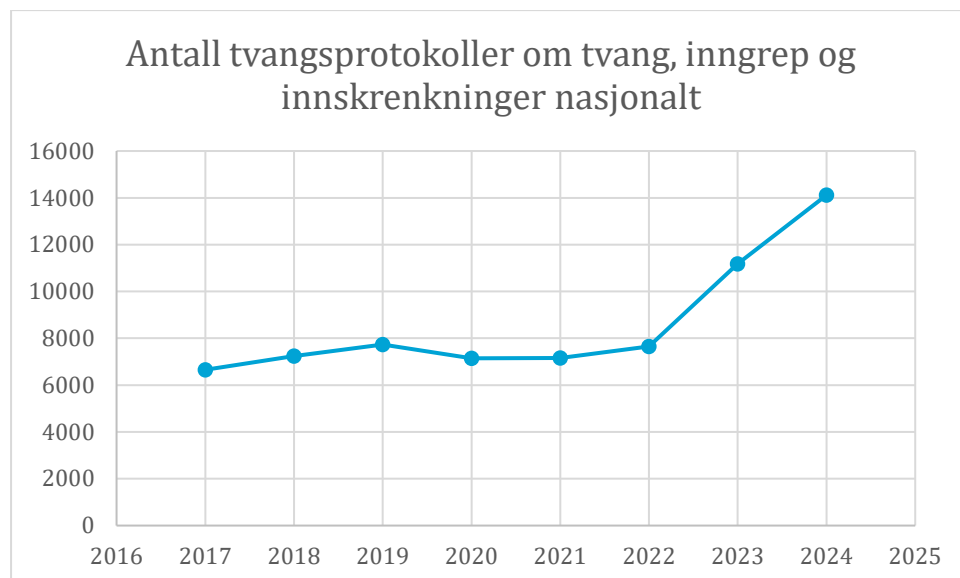
Vedtak etter barnevernsloven (bvl.):

Statsforvalterne i hvert fylke er pliktige til å utføre tilsyn med barnevernsinstitusjoner og omsorgssentre. Hovedaktivitetene i forbindelse med dette inkluderer stedlige tilsyn, behandling av tilsynssaker og klager på og kontroll av enkeltvedtak om brudd på rettigheter og bruk av tvang, inngrep og innskrenkninger i barnevernsinstitusjoner (tvangsprotokoller) (91). Statsforvalterne har en forskriftsfestet plikt til å kontrollere alle protokollene om bruk av tvang eller inngrep i barnets personlige integritet jf. bvl. § 10-14 og tilsynsforskriften § 3 fjerde ledd. Disse videresendes til Statens Helsetilsyn, som inkluderer tallene i sine årsrapporter. Ulempen er at det i disse tallene ikke differensieres på innleggesesgrunnlag (for eksempel rus) – det er kun totale tall for alle barnevernsinstitusjoner i hvert fylke. Vi har også fått dette bekreftet fra en av statsforvalterne vi kontaktet.

Vi velger likevel å inkludere tallene da disse gir et samlet bilde av tvangsbruken på institusjoner for barn og unge. Tallene er hentet fra følgende rapporter fra Helsetilsynet; Årsrapporter for 2024 (91), Rapport om omfang av tvangsbruk og fylkesmennenes klagebehandling av tvangsbruk (92), Oppsummering av tilsyn med barnevernsinstitusjoner – et tilstandsbilde (93) og Tilsynsaktiviteter på barnevernsområdet – en sammenstilling og analyse av tilsynserfaringer og tilsynsfunn i 2022 og 2023 (94). Vi fikk tak i tall fra 2017-2024. Før 2017 ble ikke disse dataene samlet inn av Helsetilsynet, men fra statsforvalterne. Tallene oppgis som antall tvangsprotokoller registrert. Når barneverninstitusjonen bruker tvang mot barna som bor der, skal det alltid føres en egen protokoll eller rapport over hendelsen, som skal forelegges tilsynsmyndigheten (92)

I figur 5 presenteres nasjonale tall over tvangsbruk ved alle barnevernsinstitusjoner i Norge. Tallene i figuren representerer antall tvangsprotokoller. En tvangsprotokoll er den skriftlige nedtegnelsen av en avgjørelse om bruk av tvang eller andre inngrep i et barns personlige integritet under institusjonsoppholdet. Når institusjonen fatter et enkeltvedtak om tvang, skal avgjørelsen også protokollføres, og både vedtak og protokoll sendes til barnevernstjenesten og statsforvalteren (95). For enkelte tvangstiltak som ikke regnes som enkeltvedtak – for eksempel samtykke til urinprøve for rusmiddeltesting – skal det likevel føres tvangsprotokoll som oversendes statsforvalteren. Tvangsprotokollen fungerer dermed som dokumentasjon for bruk av tvang, uavhengig av om tiltaket formelt er å regne som et enkeltvedtak eller ikke (92).

Fra 2017 frem til 2019 ble det observert en økning i registrerte tvangsprotokoller hos statsforvalterne på ca. 16 %, fra 6655 til 7738. Deretter sank antallet noe og var relativt stabilt de to neste årene (7145 i 2020, 7161 i 2021), med en 7 % økning i 2022 (7652). Deretter endrer bildet seg, og vi ser en kraftig økning de to neste årene: 46 % økning i 2023 (11185) og en ytterligere 26 % økning i 2024 (14115). Sammenliknes tallene fra 2017 med tallene fra 2024, er økningen på hele 112 %.



Figur 5: Antall tvangsprotokoller registrert hos statsforvaltere om tvang, inngrep og innskrenkninger i alle barnevernsinstitusjoner i Norge i perioden 2017-2024.

Omfang

Ingen av de kvalitative studiene oppga informasjon om omfang av tilbakehold eller tvang i institusjon. Svært få av de kvantitative studiene presenterte informasjon om omfang av tilbakehold eller tvang i institusjon, og de som gjorde det oppga informasjon relatert til lengden på oppholdet. Siden dette i liten grad hverken ble presentert eller systematisk undersøkt i sammenheng med ulike utfall, velger vi å presentere informasjonen relatert til omfang for hver enkelt studie som har oppgitt dette i kapittelet «funn om effekter av tilbakehold og bruk av tvang i institusjon» under.

Funn om effekter av tilbakehold og tvang i institusjon

Vi identifiserte totalt for ungdom, voksne og gravide 18 studier (11 unike utvalg) som undersøkte effekt av tilbakehold og bruk av tvang overfor personer med rusmiddelproblematikk, hvor én omhandlet en blandet populasjon med ungdommer og voksne. Før vi presenterer resultatene fra disse studiene, vil vi gjøre noen presiseringer knyttet til både metode og fortolkning av begrepet «effekt».

Forskning på personer med rusmiddelproblemer, og særlig på konsekvenser av tvang, er både metodisk krevende og etisk utfordrende. Randomiserte kontrollerte studier, som vanligvis anses som gullstandard for å undersøke effekt, lar seg i praksis ikke gjennomføre her, fordi det vil være juridisk og etisk uakseptabelt å fordele personer tilfel-

dig til tvang eller ikke tvang. Forskningen bygger derfor i stor grad på observasjonsstudier, for eksempel sammenligninger mellom personer som har blitt tvangsplassert og personer som ikke har det. Dette gir flere metodiske utfordringer. Personer som utsettes for tvang har ofte mer alvorlig rusmiddelbruk, flere psykiske og sosiale problemer og lavere motivasjon enn dem som søker behandling frivillig. Gruppene som sammenlignes er dermed ulike allerede ved utgangspunktet, og det blir vanskelig å avgjøre om eventuelle forskjeller i utfall skyldes tvangen, behandlingsinnholdet eller pasientsammensetningen. I tillegg varierer studiene betydelig når det gjelder hvilke rusmidler som undersøkes, hvilke utfallsmål som brukes, og hvor lenge tvangsplasseringen varer. Dette begrenser sammenlignbarheten mellom studiene og svekker overføringsverdien i kunnskapsgrunnlaget.

Det er også viktig å presisere hva vi legger i begrepet «effekt» i dette kapittelet. De inkluderte studiene er enten longitudinelle (der en populasjon følges over tid) eller tverrsnittstudier (som gir et øyeblikksbilde på ett tidspunkt). Slike design gir grunnlag for å beskrive assosiasjoner, men ikke for å trekke sikre konklusjoner om årsakssammenhenger eller effekt i tradisjonell metodisk forstand. For å kunne si noe om effekt av tvang, trengs vanligvis kontrollerte studier der man kan forsøke å isolere betydningen av tvang fra andre forklaringsfaktorer, som for eksempel medisiner, komorbiditet eller behandlingsdeltakelse. I longitudinelle studier kan man undersøke om en eksponering henger sammen med et senere utfall, og i tverrsnittstudier om eksponering og utfall samvarierer på ett tidspunkt. Observasjonsstudier kan dermed vise sammenhenger over tid eller på samme tidspunkt, men de kan ikke med sikkerhet skille mellom effekten av eksponeringen og påvirkning fra andre faktorer, eller, for tverrsnittstudier, utelukke omvendt årsakssammenheng. Når kun longitudinelle studier og tverrsnittstudier er inkludert, kan vi derfor beskrive sammenhenger og samvariasjon, men ikke konkludere om kausalitet. Vi vil derfor videre beskrive sammenheng/samvariasjon med ulike utfall som *konsekvensene* av tilbakehold og bruk av tvang overfor de ulike populasjonene.

Konsekvenser av tilbakehold og bruk av tvang overfor unge med rusmiddelproblematikk

Vi inkluderte to studier, én fra Sverige og én fra Norge, som undersøkte konsekvenser av tilbakehold og bruk av tvang i institusjon overfor unge med rusmiddelproblematikk.

Studien til Fridell og medarbeidere fra 2009 (48) ble gjennomført i Sverige og var en prospektiv, longitudinell studie bestående av en kohort på 52 unge kvinner tvangsinnlagt i minst en måned etter Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) ved ulike Lundens ungdomshem i perioden 1997-2000 (48). Datagrunnlaget inkluderte opplysninger fra Dokumentasjonssystemet for rusbehandling (DOK) og Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD)-data, halvstrukturerte intervjuer basert på DOK-oppfølgingsmanual, samt detaljert kartlegging av rusbruk i hele femårsperioden etter utskriving. Et ble brukt standardiserte tester og spørreskjemaer (SCID-I og II, PCL-R, SCL-90, BCT, CMPS, SF-36, KASAM, ISSI, AUDIT), kombinert med registerdata fra rådet for forebygging av kriminalitet (BRÅ), Socialstyrelsens register over innlagte pasienter og dødsårsaksregister, samt Statens institusjonsstyrelse (SiS) egne data. Registerdata omfattet også perioden 4 år før innleggelsen, slik at utvikling over tid kunne beskrives.

Deltakerne var i gjennomsnitt 18,7 år, 87 % av de opprinnelige deltagerne deltok ved femårsoppfølgingen, og komplette data ble innhentet for over 90% av disse. Over 38 % hadde tidligere vært plassert i LVU-omsorg, og 80 % kom fra sosialgruppe 3 (lavest sosioøkonomisk status). Hele 43 % hadde vokst opp med en foreldre med rusproblematikk, og 30 % hadde psykisk sykdom i familien. Tre av fire unge kvinner hadde fullført grunnskolen. Ved plassering hadde kun 20 % egen bolig, og 4–5 % hadde egne barn. Misbruksprofilen var svært alvorlig: 96 % hadde narkotikamisbruk, og amfetamin var dominerende hos over halvparten. To tredjedeler hadde flersubstansmisbruk, og over halvparten injiserte narkotiske stoffer. Kun hos 4 % av kvinnene var alkoholmisbruk beskrevet som sjeldent. Helseproblemene var også omfattende: 39 % hadde alvorlige somatiske problemer, 42 % hadde forsøkt å ta sitt eget liv, og 23 % hadde forsørget seg gjennom prostitusjon. I utvalget hadde fire av fem (81 %) minst én personlighetsforstyrrelse, dersom atferdsforstyrrelse (conduct disorder) ble inkludert, to av fem (38 %) hadde to, og én av fem (21 %) hadde tre eller flere personlighetsforstyrrelsesdiagnoser. Kriminalitet var svært utbredt: 85 % hadde begått lovbrudd, og 25 % oppga kriminalitet som hovedinntektskilde.

Ved femårsoppfølgingen (gjennomsnitt 5,4 år) hadde 64 % av de intervjuede deltakerne vært rusfrie siste 30 dager, 42 % hadde vært rusfrie siste år og 36 % var stabilt rusfrie i minst to år. Omtrent 18 % hadde vært kontinuerlig rusfrie helt siden utskrivning. Dødeligheten var på om lag 0,06 % per år, og narkotika var som oftest involvert ved dødsfall. I *intention to treat* analyser (der ikke-intervjuede regnes som ikke-rusfrie) var andelen 56 % (30 dager), 37 % (siste år) og 31 % (stabil ≥ 2 år). Andel lovbrudd og sykehusinnleggelser var på topp rundt tidspunktet for tvangsinnleggelsen og falt deretter, og rusfrihet var den enkeltfaktoren som klarest hang sammen med færre lovbrudd og lavere somatisk/psykiatrisk helsetjenestebruk under oppfølgingsårene. Når det gjelder psykisk helse, viste deltakerne som var rusfrie etter tvangsoppholdet markant lavere symptomnivå (målt med SCL 90), bedre selvrapportert helse (SF-36), høyere funksjonsnivå (GAF), sterkere opplevelse av sammenheng/mening (KASAM) og bedre sosial integrasjon (ISSI) enn de som fortsatt brukte rusmidler. Studieforfatterne anbefaler mer strukturert og kontinuerlig oppfølging i etterkant av oppholdet for å sikre varig positiv endring etter tvangsinnleggelse. Studien er vurdert til å ha lav risiko for systematiske skjevheter (se vedlegg 4).

Studien til Lauritzen og medarbeidere (56) fra 2012 var en prospektiv, longitudinell kohortstudie som fulgte opp barn, unge og voksne med rusmiddelproblematikk over 10 år i Norge. Data ble samlet inn i perioden 1998-2009. Populasjonen bestod både av personer som var innlagt på tvang i rus- eller psykiatriske institusjoner og personer som gikk til poliklinisk behandling. Populasjonen ble rekruttert fra 20 behandlingstiltak nær Oslo, og resulterte i fire kategorier: ungdommer i ruskollektiver (n= 31), poliklinisk psykiatrisk ungdomsteam (PUT, n= 100), voksne i døgntiltak (n= 276) og poliklinikker for legemiddelassistert rehabilitering (LAR, n= 74). Det er kun informasjon om ungdommer i ruskollektivene som er relevant for denne rapporten og som presenteres under.

Trettien barn og unge med rusproblematikk var innlagt i to ruskollektiver for ungdom. Henholdsvis 74 % og 100 % av disse var tilbakeholdt uten samtykke i løpet av behandlingsoppholdet ved de to kollektivene. De fleste som var innlagt på tvang i begynnelsen av behandlingen gikk over til såkalt frivillig tvang etter en tid i behandling (ikke oppgitt spesifikk lovgivning eller paragrafer). Ungdommene i ruskollektiver beskrives som en liten, selektert gruppe med tidlig kontakt med barnevernet, belastet familie- og oppveksthistorie, atferdsproblemer, kriminalitet og voldstendenser, samt betydelig bruk av cannabis og amfetamin ved innleggelse. Ungdommene besvarte ulike standardiserte og validerte spørreskjema innen syv hovedkategorier: fysisk helse, psykisk helse, arbeid og utdanning, sosiodemografiske forhold, oppvekstforhold (traumer, overgrep) og sosiale relasjoner, bruk av rusmidler og kriminalitet, og innen hver kategori var det mange flere utfall. Resultatene presenteres deskriptivt ved innleggelse og etter ett, to, syv og 10 år. For flere utfall er det gitt resultater for hele utvalget, både barn/ungdom og voksne samlet, men følgende resultater omhandler spesifikt ungdommene i ruskollektiver:

Over 10 år viser gruppen en klart positiv utvikling. Etter 10 år var 48 % av ungdommene i arbeid og 19 % i utdanning. Ingen mottok uføretrygd, var i døgnbehandling eller fengsel ved oppfølgingstidspunktet. På fritiden oppga rundt en tredjedel at de hovedsakelig var sammen med familie uten rusmiddelproblemer (økning fra 4 % ved innleggelse), og samværet med rusfrie venner hadde økt markant. Endringsmålene ble målt med Composite Score (CS) som er en sammensatt, vektet sumskåre for hvert problemområde i EuropASI (European Addiction Severity Index), som viste tilsvarende bedring: For familie- og sosiale relasjoner hadde kollektivungdommene størst reduksjon i samlet problembyrde, sammenlignet med de andre gruppene. Psykisk helse bedret seg signifikant, med fall i CS fra 0,31 ved inntak til 0,13 etter 10 år, og omfanget av voldelig atferd gikk spesielt ned. Rusmiddelbelastning sank signifikant (CS fra 0,29 til 0,07), med særlig bedring første år og stabilt lavt nivå videre. Kriminalitetsbelastningen falt også signifikant (CS fra 0,25 til 0,10). For fysisk helse var CS 0,07 ved inntak, høyest ved sju år (0,21), og 0,14 ved ti år; endringene var ikke-signifikante (kun t-tester). Omtrent halvparten mottok poliklinisk behandling i årene etter første opphold, mens ingen hadde vært innlagt på døgnbehandling. Studien er vurdert til å ha moderat/høy risiko for systematiske skjevheter (se vedlegg 4).

Konsekvenser av tilbakehold og bruk av tvang overfor voksne med rusmiddelproblematikk

Vi inkluderte 12 studier (6 unike utvalg) som undersøkte konsekvenser av tilbakehold og bruk av tvang i institusjon overfor voksne med rusmiddelproblematikk.

Studien av Fridell og medarbeidere fra 2009 (48) ble gjennomført i Sverige og hadde til hensikt å undersøke hvordan det gikk med kvinner som hadde vært tvangsinnlagt i minst en måned på Lundens LVM-hjem fem år etter utskrivning, med særlig fokus på hvordan psykiske problemer, personlighetsforstyrrelser og andre psykologiske faktorer påvirket utviklingen i misbruk, kriminalitet og sosial situasjon. Studien var en prospektiv, longitudinell oppfølgingsstudie basert på 138 kvinner innlagt på tvang etter

LVM i perioden 1997–2000, hvor 80 ble systematisk utredet med standardiserte psykologiske og psykiatriske tester (blant annet SCID-I og II, SCL-90, BCT og CMPS), mens 58 utgjorde en sammenligningsgruppe uten full psykologisk utredning. Kvinnene var i gjennomsnitt rundt 27 år, nesten alle hadde omfattende bruk av rusmidler, hovedsakelig amfetamin og heroin, mange hadde tidligere vært tvangsplassert (noen få kvinner hadde mer enn 10 tidligere tvangsopphold) og var hjemløse eller hadde svært ustabile sosiale forhold. Syttito prosent av kvinnene hadde minst én personlighetsforstyrrelsesdiagnose, nesten halvparten (46 %) hadde to, og én av seks (15 %) hadde tre eller flere samtidige personlighetsforstyrrelser. Innleggelsene var hjemlet i LVM-loven § 4 (omtrent 40%, planlagt tvang etter dom i tingretten) og § 13 (omtrent 60%, akuttomsorg). Datainnsamlingen omfattet kliniske intervjuer, opplysninger fra Dokumentasjonssystemet for rusbehandling (DOK) og Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD), samt registerdata om kriminalitet, sykehusinnleggelser og dødsårsaker, og ved femårsoppfølging halvstrukturerte intervjuer på 2,5–4 timer, detaljert kartlegging av rusbruk i hele perioden og gjentakelse av de psykologiske testene, supplert med registerdata for å validere selvrapporterte opplysninger.

Ved femårsoppfølgingen hadde 75 % av kvinnene vært rusfrie de siste 30 dagene, nær halvparten hadde vært sammenhengende rusfrie i minst ett år, og rundt 15 % hadde vært kontinuerlig rusfrie helt siden utskrivning. Kriminalitet og sykehusinnleggelser var høyest rundt tidspunktet for tvangsinnleggelse, men sank tydelig etter utskrivning, særlig blant dem som oppnådde rusfrihet. Dødeligheten var på 1,5 % årlig beregnet over 4 år, og rusmiddelavhengighet er alltid angitt som medvirkende dødsårsak i obduksjonsprotokollene, også i tilfeller der rusmiddelet ikke har vært direkte dødelig. Psykiske symptomer, målt med blant annet Symptom Checklist-90 (SCL-90), samt selvrapportert helse og funksjon (Short form Health Survey (SF-36) og Global Assessment of Functioning (GAF)), bedret seg markant hos de rusfrie kvinnene, som også rapporterte bedre livskvalitet, sosial fungering og færre relasjonelt belastende personlighetstrekk som kravfullhet, verbal aggressivitet, utålmodighet, utakknemlighet og misunnelse. Kvinner med antisosial personlighetsforstyrrelse hadde derimot dårligere prognose, med lavere grad av rusfrihet og mer kriminalitet ved oppfølging. Studien konkluderer med at tvangsinnleggelse etter LVM ofte skjer på et tidspunkt med maksimal belastning, men kan fungere som et vendepunkt, der en betydelig andel av kvinnene oppnår lengre perioder med rusfrihet, redusert kriminalitet og bedre psykisk og somatisk helse, forutsatt at det gis strukturert og vedvarende oppfølging i etterkant av oppholdet fra sosialtjenesten. Studien er vurdert til å ha lav risiko for systematiske skjevheter (se vedlegg 4).

Studien av Grahn og medarbeidere (50) gjennomført i Sverige hadde til hensikt å identifisere klientgrupper med gjentatte LVM-innleggelser og å undersøke hvilke faktorer som hang sammen med slike gjentakelser. Studien var en nasjonal registerstudie basert på DOK- og Statens institusjonsstyrelse (SiS)-data for 4515 personer som ble tvangsplassert mellom 2001 og 2009 og som hadde gitt samtykke til bruk av DOK-data, med dødsårsaksdata frem til 2011 (Samme utvalg som Hall 2015 og Padyab 2015). Lengde på tvangsopphold ble ikke spesifisert. Etter eksklusjon av døde og personer uten baseline-data inngikk 2658 personer i analysene, med overvekt av menn og en gjennomsnittsalder på 36 år ved innleggelse. Variabler om demografi, rusbruk, psykisk helse,

kriminalitet og familiebakgrunn ble analysert med bivariate og multivariate modeller. Resultatene viste at 38 % hadde mer enn én LVM-innleggelse. Eldre pasienter hadde større sannsynlighet for å ha mer enn én tvangsinnleggelse (OR (95% CI); 1.02 (1.01–1.03), $p < 0,001$). Det å være arbeidsledig var forbundet med færre gjentatte innleggelser (0,64 (0,41–0,99), $p < 0,05$). De sterkeste prediktorene i multivariate analyser for gjentatte innleggelser var tidligere plassering i barnevernets tvangsomsorg for rusproblematikk (LVU) (1,82 (1,44–2,31), $p < 0,001$), tidligere fengselsdom (1,70 (1,37–2,11), $p < 0,001$) og å ha egne barn i barnevernet (1,54 (1,13–2,09), $p < 0,01$). Kjønn, utdanning, type rusmiddel, tidligere psykiatrisk tvang eller kriminalitet utover fengselsdom var ikke signifikant assosiert med gjentakende innleggelser. Subgruppeanalyser viste særlig økt risiko for yngre kvinner med barn i barnevernet og menn med andre foretrukne rusmidler enn alkohol. Studien konkluderte med at gjentatte LVM-innleggelser er vanlig blant svært marginaliserte personer med komplekse behov, og at mangelfull oppfølging i etterkant av oppholdet trolig bidrar til sirkulasjon mellom ulike tvangssystemer. Studien er vurdert til å ha moderat/lav risiko for systematiske skjevheter (se vedlegg 4).

Studien av Grahn (49) gjennomført i Sverige undersøkte om tidligere tvangsplassering for alvorlig rusmiddelbruk var assosiert med økt risiko for senere fengsling. Studien var en nasjonal registerstudie basert på 12 044 voksne som hadde gjennomført en European Addiction Severity Index (EuropASI)-vurdering for rusmiddelproblemer i 65 kommuner mellom 2007 og 2017. Data fra ASI ble koblet til dødsårsaksregister og kriminalomsorgsregister, og multivariate analyser ble brukt for å beregne risiko for fengsling etter vurdering, kontrollert for kjønn, alder, utdanning og flere ASI-indeks. Omrent 12 % av deltakerne hadde tidligere vært tvangsinnlagt etter LVM-loven. Lengde på tvangsopphold ble ikke spesifisert. Resultatene viste at erfaring med tvangsplassering var forbundet med 29 % høyere risiko for senere fengsling, selv etter justering for andre risikofaktorer (HR 1,29; 95 % KI 1,07–1,56; $p < 0,01$). Økt risiko var også knyttet til mannlig kjønn (HR 2,91; 95 % KI 2,32–3,63; $p < 0,001$), yngre alder (HR 0,99; 95 % KI 0,98–0,99; $p < 0,01$), lavere utdanning (HR 0,93; 95 % KI 0,91–0,96; $p < 0,001$) og høyere ASI-skår på kriminalitet (HR 8,46; 95 % KI 6,44–11,12; $p < 0,001$) og arbeid (høyere skåre indikerer mer arbeidsrelaterte problemer) (HR 2,91; 95 % KI 2,11–4,02; $p < 0,001$), mens høyere skårer på alkohol- og psykisk helseindeks var assosiert med lavere fengslingsrisiko (alkohol: HR 0,77; 95 % KI 0,60–0,99; $p < 0,05$; psykisk helse: HR 0,42; 95 % KI 0,30–0,60; $p < 0,001$). Det ble ikke påvist uavhengig sammenheng mellom bruk av illegale rusmidler og fengsling. Studien konkluderte med at personer som har vært underlagt tvang ofte beveger seg mellom ulike lukkede systemer, fra institusjon til fengsel, og at tvangsplassering ikke nødvendigvis beskytter mot senere kriminalitet. Forfatteren etterlyste bedre integrerte oppfølgingstjenester i etterkant av oppholdet, og mer frivillighetsbaserte behandlingstilnærminger i tråd med internasjonale anbefalinger. Studien er vurdert til å ha lav/moderat risiko for systematiske skjevheter (se vedlegg 4).

Publikasjonen av Hall og medarbeidere (53) gjennomført i Sverige hadde til hensikt å undersøke dødelighet og dødsårsaker blant personer dømt til tvangsplassering for rusmiddelavhengighet etter LVM-loven, samt å identifisere individuelle risikofaktorer for død. Studien var en nasjonal registerstudie som inkluderte 4515 personer som hadde

gitt samtykke til bruk av DOK-data og var innlagt mellom 2001 og 2009, med oppfølging av dødsfall til 2011 (Samme utvalg som Grahn 2015 og Padyab 2015). Lengde på tvangsopphold ble ikke spesifisert. Personene hadde enten alkohol- eller narkotikadominert problem, og data ble koblet til dødsårsaksregisteret. Resultatene viste at 24 % var døde ved oppfølging, og at dødelighetsratene var åtte til ni ganger høyere enn i den generelle befolkningen i aldersgruppen 25–79 år. Blant alkoholbrukere var kroniske alkoholrelaterte sykdommer, særlig leversykdom, vanligste dødsårsaker, mens overdoser og selvmord dominerte blant narkotikabrukere, hvor overdoser utgjorde nær 70 % av dødsfallene. Multivariate analyser viste at høyere alder (alkohol: 1,28 (1,04, 1,07, $p < 0,001$); narkotika: 1,16 (1,05, 1,28, $p < 0,01$)), mannlig kjønn (alkohol: 1,63 (1,23, 2,16, $p < 0,01$); narkotika 2,75 (1,90, 3,98, $p < 0,001$)) og rapporterte alvorlige helseproblemer (alkohol: 1,65 (1,30, 2,09, $p < 0,001$); narkotika: 1,48 (1,08, 2,03, $p < 0,05$)) var de viktigste prediktorene for død, mens kriminalitet, heroinbruk og tidligere psykiatrisk tvang ikke var assosiert med død etter justering. Studien konkluderte med at personer tvangsplassert hadde svært høy dødelighet og omfattende belastninger, og anbefalte bedre oppfølging etter utskrivelse, integrerte helsetjenester og økt bruk av skadereduksjonstiltak for å forebygge tidlig død. Studien er vurdert til å ha lav risiko for systematiske skjevheter (se vedlegg 4).

Studien av Ledberg og Reitan (57) gjennomført i Sverige hadde til hensikt å undersøke om dødsrisiko er særlig høy rett etter utskrivelse fra seks måneders tvangsplassering etter LVM-loven. Studien omfatter alle personer utskrevet etter et seks måneders LVM-opphold i Sverige 2000–2017 (7 929 personer) fulgt i ett år. I denne perioden døde 494 personer, tilsvarende en årlig dødsrisiko på 6,2 % (95 % KI 5,7–6,8), høyere blant menn (7,1 %, 95 % KI 6,4–7,8) enn blant kvinner (4,6 %, 95 % KI 3,9–5,5). Risikoen økte med alder: rundt 4–5 % i alderen 18–36 år og cirka 11–12 % i alderen 50–86 år. Blant de yngste var over 70 % av dødsfallene eksterne (særlig forgiftninger/overdoser), mot under 20 % i de eldste. Nytt LVM-opphold og fengsling ble analysert som konkurrerende utfall: yngre menn (≤ 36 år) hadde høyest sannsynlighet for fengsling (om lag 15 %), mens sannsynligheten for nytt LVM-opphold var likere mellom kjønnene og noe høyere blant yngre; sannsynligheten for død økte med alder og var gjennomgående høyere for menn. Videre fant studien at risikoen for ekstern dødsårsak er klart høyest de første 14 dagene etter utskrivelse. Hasardrater ble modellert i fem tidsvinduer med dag 0–14 som referanse (HR = 1,0). Sammenliknet med disse første 14 dagene var HR for død av ekstern årsak 0,39 (95 % KI 0,20–0,75) i dag 14–31, 0,30 (0,18–0,50) i dag 31–90, 0,32 (0,20–0,50) i dag 90–182 og 0,27 (0,17–0,41) i dag 182–366. Det tilsvarer om lag 2,6 ganger høyere risiko de første 14 dagene sammenliknet med dag 14–31 og nær fire ganger høyere enn i siste halvår. I samme modell hadde kvinner lavere risiko for ekstern dødsårsak enn menn (HR 0,70, 95 % KI 0,52–0,94), og det var en liten, men signifikant økning i risiko per kalenderår (HR 1,04, 95 % KI 1,01–1,07). For ekstern dødsårsak var aldersforskjellene moderate: sammenliknet med 18–25-åringer var HR 0,98 (0,68–1,41) i alderen 25–36 år, 0,97 (0,67–1,40) i 36–50 år, 0,62 (0,39–0,96) i 50–64 år og 0,61 (0,28–1,34) i 64–90 år. For andre dødsårsaker fant man ingen klar tidsavhengighet etter utskrivelse; hasardratene for de ulike tidsintervallene lå rundt 1,0 og var ikke signifikante. Her var alder den dominerende risikofaktoren: sammenliknet med 18–25-åringer var HR 1,13 (95 % KI 0,58–2,21) i alderen 25–36 år, 4,00 (2,34–

6,84) i 36–50 år, 10,22 (6,16–16,97) i 50–64 år og 10,83 (6,00–19,53) i 64–90 år. Kvinner hadde også for disse dødsårsakene lavere risiko enn menn (HR 0,69, 95 % KI 0,52–0,92). For personer ≤ 36 år ble mortalitet beregnet separat for de første 14 dagene og resten av året: unge menn hadde en dødsrate på ca. 0,17 per personår, mot ca. 0,05 per personår resten av året. Unge kvinner hadde en dødsrate på ca. 0,09 de første 14 dagene og ca. 0,03 per personår resten av året. Dette innebærer om lag tredoblet dødsrate de første to ukene, særlig blant unge menn, hvis dødsrate de første 14 dagene etter endt behandling er ca. 200 ganger høyere enn i den generelle befolkningen. Studien er vurdert til å ha moderat risiko for systematiske skjevheter (se vedlegg 4).

Fem publikasjoner fra Norge benyttet samme studiepopulasjon. Nedenfor oppgir vi informasjon om studiepopulasjonen overordnet, og deretter studiespesifikke resultater under dette. Studiepopulasjonen bestod av voksne personer innlagt ved tre offentlige institusjoner i Sørøst-Norge, og inkluderte totalt 202 pasienter: 63 pasienter innlagt med tvangsvedtak etter hol. § 10-2 og 129 frivillig innlagte etter hol. § 10-4. Deltakerne måtte ha vært innlagt i minst tre uker for å kunne inngå i studien, og pasientene i studien hadde en gjennomsnittlig oppholdstid på 57 dager (SD 26), men dette er for hele utvalget (både de innlagt frivillig og på tvang). Deltakerne hadde alvorlige ruslidelser og blandet rusmiddelbruksprofil.

- Studien av Opsal og medarbeidere (67) hadde til hensikt å undersøke pasienters opplevde grad av tvang ved innleggelse til rusbehandling, og å sammenligne frivillig og tvangsinnlagte pasienters opplevde grad av tvang. Studien var en tverrsnittstudie, og deltagerne ble kartlagt med Perceived Coercion Questionnaire, EuropASI, MINI og SCL-90-R. Resultatene viste at det totale nivået av opplevd tvang var høyt i begge grupper, men ikke høyere hos tvangsinnlagte enn hos frivillige. Frivillig innlagte rapporterte mer indre opplevd tvang, i form av skam, frykt og følelse av å ha nådd «siste sjanse», mens tvangsinnlagte rapporterte mer opplevd tvang fra i juridisk forstand, men 14 % av dem opplevde tvang i liten grad. Samtidig rapporterte 92 % av de frivillige at de hadde følt press for å legges seg inn i behandling. I multivariate analyser fant forfatterne at kun Global Score Index fra SCL-90-R (mål på psykisk belastning) var signifikant assosiert med opplevd tvang; denne faktoren forklarte imidlertid bare 3 % av variasjonen i opplevd tvang. Alder, kjønn, det å bo alene, tidligere overdoser, selvmordsforsøk og tidligere tvangsinnleggelse var ikke assosiert med opplevd tvang. Studien konkluderte med at juridisk lovhjemmel ikke nødvendigvis reflekterer subjektiv opplevelse av tvang, og at god informasjon, involvering og respekt kan redusere opplevd tvang også ved tvangsinnleggelse. Studien er vurdert til å ha moderat risiko for systematiske skjevheter (se vedlegg 4).
- Studien av Opsal og medarbeidere (66) hadde til hensikt å sammenligne motivasjon for endring og hjelpesøking mellom frivillig og tvangsinnlagte pasienter med ruslidelser, og å undersøke endringer i motivasjon og erfaringer med tvang over tid. Motivasjon ble målt med Readiness to Change Questionnaire og Treatment Readiness Tool, mens rus- og bakgrunnsdata ble hentet fra EuropASI. Ved innleggelse var en lavere andel av de tvangsinnlagte i handlingsstadiet for endring sammenlignet med de frivillige, men flesteparten i begge grupper befant seg i høyeste stadium av hjelpesøking både ved innleggelse og utskrivelse, og motivasjonen hos de tvangsinnlagte økte under oppholdet. Ved oppfølging seks

måneder etter tvangsinnleggelsen rapporterte 75 % av de tvangsinnlagte at de i ettertid var glade for at noen grep inn, mens 25 % beskrev negative erfaringer, særlig knyttet til politihenting. I multivariate analyser var den eneste faktoren som predikerte bruk av rusmidler seks måneder etter utskrivelse alvorlighetsgrad ved innleggelse, målt som injiserende bruk, ikke alder, kjønn, motivasjonsnivå eller tvangsstatus. Studien konkluderte med at motivasjon er dynamisk og kan styrkes også i tvangsrammer, og at behandling bør tilpasses alvorlighetsgrad fremfor initial motivasjon. Studien er vurdert til å ha moderat/høy risiko for systematiske skjevheter (se vedlegg 4).

- Studien av Pasareanu og medarbeidere fra 2015 (72) hadde til hensikt å beskrive livskvalitet blant pasienter innlagt til døgnbehandling for ruslidelser, undersøke endringer i livskvalitet seks måneder etter utskrivelse og identifisere faktorer som forklarer disse endringene. Studien oppgir at Data om rus, psykisk helse og sosiale forhold ble samlet ved innleggelse og seks måneder etter utskrivelse med blant annet EuropASI og spørreskjemaene SCL-90-R og QoL-5. Ved innleggelse hadde flertallet betydelig redusert eller svært lav livskvalitet, og symptomnivå på psykisk helse var sterkeste prediktor for lav livskvalitet, men dette var i ujusterte analyser. Det var ingen forskjell i livskvalitet mellom frivillig og tvangsinnlagte ved baseline. Ved oppfølging seks måneder etter utskrivelse hadde 58 % fått forbedret livskvalitet, med noe større forbedring blant kvinner funnet som eneste signifikante prediktor i multivariate analyser (OR 2,64 (1,12 - 6,22), $p=0,026$). Det var heller ingen forskjell i endring i livskvalitet mellom frivillig og tvangsinnlagte, og avholdenhet hang ikke direkte sammen med forbedring i livskvalitet. Studien konkluderte med at døgnbehandling kan bedre livskvalitet for personer med ruslidelser uavhengig av tvangsstatus, og at livskvalitet påvirkes av flere forhold enn bare rusfrihet, blant annet psykisk helse og sosiale ressurser. Studien er vurdert til å ha moderat risiko for systematiske skjevheter (se vedlegg 4).
- Studien av Pasareanu og medarbeidere fra 2016 (70) hadde til hensikt å undersøke rusbruk og endringer i rusbruk seks måneder etter utskrivelse fra døgnbehandling, samt å sammenligne utfallet for frivillig og tvangsinnlagte pasienter. Bruk av rusmidler, injisering, overdoser og avholdenhet ble registrert ved innleggelse og oppfølging gjennom EuropASI og selvrapporterte spørreskjema. Ved seks måneder etter utskrivelse hadde begge gruppene redusert bruken av sitt foretrukne rusmiddel; 61 % av frivillige og 37 % av tvangsinnlagte rapporterte reduksjon, mens 50 % av frivillige og 24 % av tvangsinnlagte hadde vært helt rusfrie siste 30 dager. Injeksjonsbruk var redusert, men fortsatt vanligere blant tvangsinnlagte, som også rapporterte flere overdoser enn frivillige. Multivariate analyser viste at frivillig innleggelse (OR: 3,40 (1,29–8,93), $p=0,011$), ikke-injiserende bruk før innleggelse (OR: 3,36 (1,32–8,56), $p=0,011$) og opphold i et kontrollert miljø under oppfølgingstiden (OR: 1,08 (1,04–1,12), $p<0,001$) var assosiert med høyere sannsynlighet for rusfrihet. Studien konkluderte med at frivillig behandling generelt ga bedre rusrelaterte utfall, men at også tvangsinnlagte hadde klare forbedringer, og understreket betydningen av videre behandling og skadereduksjonstiltak, særlig for de mest belastede pasientene. Studien er vurdert til å ha moderat risiko for systematiske skjevheter (se vedlegg 4).

- Studien av Pasareanu og medarbeidere fra 2017 (71) hadde til hensikt å undersøke utviklingen av psykisk uhelse etter etter døgnbehandling for ruslidelser, og å sammenligne forløpet mellom frivillig og tvangsinnlagte pasienter samt identifisere faktorer som påvirker endringer i psykisk uhelse. Psykisk uhelse ble målt med Global Severity Index fra spørreskjemaet SCL-90-R ved innleggelse etter avrusning, ved utskrivelse og seks måneder senere. Ved baseline hadde 56 % symptomnivå over klinisk grense for psykisk uhelse. Under oppholdet fikk begge grupper betydelig reduksjon i psykisk uhelse. Ved seks måneder var forbedringen i stor grad opprettholdt hos frivillig innlagte, mens tvangsinnlagte hadde økende symptomer tilbake mot baselinenivå, særlig for depresjon, paranoia, somatisering (når psykiske plager manifesterer seg som somatiske symptomer) og tvangssymptomer. Multivariate analyser viste at den viktigste prediktoren for økt psykisk uhelse ved oppfølging var fortsatt rusbruk siste 30 dager, uavhengig av tvangsstatus. Studien konkluderte med at døgnbehandling gir midlertidig bedring i psykisk helse for begge grupper, men at vedvarende effekt forutsetter rusfrihet og god oppfølging i etterkant av utskrivelsen, spesielt for tvangsinnlagte som har større risiko for tilbakefall. Studien er vurdert til å ha moderat risiko for systematiske skjevheter (se vedlegg 4).

Studien av Padyab og medarbeidere (68) gjennomført i Sverige hadde til hensikt å undersøke omfang og konsekvenser av frafall fra tvangsplasseringen etter LVM-loven, samt hvilke faktorer som predikerer frafall og hvordan dette henger sammen med senere LVM-dom. Studien var en nasjonal registerstudie av 4515 personer som ble tvangsplassert mellom 2001 og 2009 og som hadde gitt samtykke til bruk av DOK-data (Samme utvalg som Grahn 2015 og Hall 2015); 4467 overlevde seks måneder etter første innleggelse og inngikk i analysene. Frafall ble definert som å forlate tvangsplasseringen før seks måneder. Resultatene viste at 59 % droppet ut etter i gjennomsnitt 2,5 måneder. Alder (OR 0,97 (0,96–0,98), $p < 0,001$) og tidligere kontakt med strafferettsapparatet (OR 1,46 (1,17–1,82), $p < 0,001$) var de viktigste prediktorene for avbrudd av tvangsplassering ved første innleggelse i perioden 2001–2009. Jo yngre personene var, desto mer sannsynlig var det at de avbrøt tvangsplasseringen. En økning i alder på ett år reduserte sannsynligheten for avbrudd med 3 %. Videre fant studien at personer som hadde avbrutt sitt første tvangsopphold i årene 2001–2009 var mer enn halvannen gang (HR 1,67 (1,42–1,96) $p < 0,001$, justert for alder, kjønn og kriminalitets-historie) så sannsynlige til å bli dømt på ny til tvangsplassering sammenlignet med dem som ikke avbrøt sitt første opphold, noe som tyder på at avbrudd i tvangsopphold kan predikere å bli dømt på ny til tvangsplassering. De fant også at personer som avbrøt sitt første tvangsopphold var om lag 16 % (HR 1,16 (1,0–1,35), $p = 0,05$, justert for alder, kjønn og kriminalitetshistorie) mer tilbøyelige til å dø sammenlignet med personer som ikke avbrøt. Studien konkluderte med at manglende fullføring av tvangsopphold er vanlig og knyttet til økt reinnleggelse, og fremhevet behovet for motivasjonsfremmende tiltak og bedre behandlingsprosesser for å holde særlig unge klienter i behandling. Studien er vurdert til å ha lav risiko for systematiske skjevheter (se vedlegg 4).

Studien av Scarpa og medarbeidere fra 2023 (83) gjennomført i Sverige hadde til hensikt å identifisere risikofaktorer for å bli dømt til tvangsplassering etter LVM-loven og å undersøke sammenhengen mellom slik tvangsplassering og alkohol- og narkotikarelaterte dødsfall. Studien var en stor registerstudie basert på Addiction Severity Index

(ASI)-vurderinger av 14 395 voksne fra 144 kommuner (for analyser av hvilke faktorer som predikerte tvangsinnleggelse) og 25 125 voksne (for analyser av dødelighet), med kobling til befolknings-, dødsårsaks- og LVM-registre. Omtrent 6 % (n=1496) ble tvangsinnlagt minst en gang innen fem år etter ASI-vurdering; de tvangsinnlagte hadde mer alvorlig rusproblem og større sosiale og psykiske belastninger, og var oftere kvinner og unge voksne. Det oppgis at den samlede varigheten i tvang var i gjennomsnitt 219,2 dager (SD 175,8), utover dette oppgis det ikke informasjon om lengde på oppholdet. Videre viser funnene at tvangsinnleggelse henger sammen med økt risiko for rusrelatert dødelighet, med ca. 1,5 ganger høyere odds for å dø av alkoholrelaterte årsaker (OR = 1,48; 95 % KI 1,34–1,62, $p < 0.001$), og 1,4 ganger høyere odds for å dø av andre rusmidler enn alkohol (OR = 1,41; 95 % KI 1,29–1,53, $p < 0.001$). Sammenhengene mellom varighet i tvangsplassering og alkoholrelatert dødelighet (OR = 1,53; 95 % KI 1,36–1,72) og mellom varighet i tvangsplassering og narkotikarelaterte dødsfall (OR = 1,41; 95 % KI 1,28–1,55) ble bekreftet i de propensity score-justerte analysene. Studien konkluderte med at svensk tvangsplassering slik den praktiseres ikke ser ut til å redusere dødelighet, men snarere kan være forbundet med økt risiko, trolig på grunn av mangel på systematisk behandling under oppholdet og høy sårbarhet etter utskrivelse. Forfatterne anbefalte at eventuell bruk av tvang må kobles til evidensbasert rus- og psykisk helsebehandling og at legitimiteten til dagens praksis bør vurderes kritisk. Studien er vurdert til å ha lav risiko for systematiske skjevheter (se vedlegg 4).

Konsekvenser av tilbakehold og bruk av tvang overfor gravide med rusmiddelproblematikk

Vi inkluderte fem studier (3 unike utvalg) som undersøkte konsekvenser av tilbakehold og bruk av tvang i institusjon overfor gravide med rusmiddelproblematikk.

Rapporten "Gravide innlagt på Borgestadklinikken" fra Kompetansesenter rus region sør (KoRus) publisert i 2015 (55), undersøkte gravide rusmiddelavhengige kvinner som ble tvangsinnlagt på Borgestadklinikken etter hol. § 10-3 i perioden 2011-2014, men de rapporterte også noe data fra perioden 1996-2010 der det var tilgjengelig og relevant for å belyse utvikling over tid. Formålet var å skaffe systematisk kunnskap om denne gruppen for å forbedre behandling og oppfølging. Datamaterialet bestod av 52 kvinner med gjennomsnittsalder 28 år hvor rusmiddelbruken var preget av blandingsmisbruk. Datainnsamlingen ble utført av seksjonsleder som fylte ut et kartleggings-skjema med informasjon direkte fra pasienter og journaldokumenter som omhandlet livssituasjon, rusmiddelbruk, tidligere behandling og om hendelser under og etter oppholdet. I tillegg inneholder rapporten historier og bilder fra institusjonen gjennom metoden Photovoice som ble brukt for fremme kvinnes perspektiver gjennom fotografier og egne fortellinger. Resultatene viser at 39 av 52 kvinner (75 %) var innlagt gjennom hele svangerskapet (åtte av de 13 som falt fra aborterte (seks tok provosert abort, to hadde spontanabort)). Av de 13 kvinnene som ikke forble innlagt, var det seks kvinner som tok provosert abort og to som spontanaborterte. Etter fødsel beholdt 65 % omsorgen for barnet, mens barnevernet overtok omsorgen i 35 % av tilfellene. Tjue kvinner fortsatte frivillig behandling ved Borgestadklinikken, 11 ble utskrevet til kommunen og ni fortsatte frivillig behandling et annet sted. Hos dem som beholdt omsorgen for barnet, var det 85 % som fortsatte i behandling, mens det til sammenligning var

46 % i gruppen som mistet omsorgen til barnevernet. Rapporten er vurdert å ha lav/middels risiko for systematiske skjevheter (se vedlegg 4).

Studien til Nordlie ble publisert i 2012 (65), og formålet var å undersøke hvordan tvangsinnleggelse etter hol. § 10-3 påvirker svangerskapsutfall, spesielt barnas fødselsvekt, sammenlignet med frivillig innleggelse av gravide rusmiddelbrukere og gjennomsnittsdata fra medisinsk fødselsregister for levendefødte norske barn i samme periode. Studien ble gjennomført ved Borgestadklinikken og inkluderte data fra 1996–2009 med totalt 110 fødsler i tvangsgruppen og 57 i frivilliggruppen. Alle barna var levendefødte. Kvinnene var i gjennomsnitt 28,1 år (tvang) og 27,9 år (frivillig). Gjennomsnittlig varighet på oppholdet var 105 døgn for de tvangsinnlagte og 127 døgn for de frivillig innlagte. Studien inkluderte kun enheter der kvinnene var innlagt til fødsel. Datainnsamlingen besto av journaldata og fødselsregisteret, og analysene vurderte forskjeller i fødselsvekt, lengde og hodeomkrets. Studien fant at barn av tvangsinnlagte mødre hadde en gjennomsnittlig fødselsvekt på 3165 g, mens barn av frivillig innlagte hadde 3362 g, tilsvarende en forskjell på 197 g. Begge gruppene lå statistisk signifikant under landsgjennomsnittet (3531 g). Det ble ikke justert for konfunderende faktorer som røyking, genetikk, ernæring, kjønn eller sykdom som vil kunne påvirke fødselsvekten, men det nevnes at de fleste kvinnene var storrrøykere i begge gruppene. Forskjellen i lengde og hodeomkrets var ikke signifikant ulike. Lengre opphold (>140 døgn) ga signifikant høyere fødselsvekt (3512 g vs. 3029 g), noe som forfatteren fremhevet som positivt for utfallet. Forfatteren konkluderte med at barn som fødes etter lengre tids tvangsopphold har høyere fødselsvekt, som er en indikator på bedre helsevilkår for fosteret. Studien er vurdert å ha høy risiko for systematiske skjevheter (se vedlegg 4).

Studien til Reitan publisert i 2011 (78) undersøkte gravide kvinner i svensk LVM-omsorg i perioden 2001-2008. Formålet var å kartlegge og øke kunnskapen om gravide kvinner i LVM og sammenligne dem med andre pasientgrupper i LVM (kvinner 18-29 år, samt menn og kvinner samlet 18-29 år). Datamaterialet kom fra det nasjonale dokumentasjonssystemet for rusbehandling (DOK) og klientadministrativt system (KiA) fra Statens institusjonsstyrelse (SiS) (delvis overlappende utvalg med Reitan 2017 og 2019). Åttien unike graviditeter blant 79 ulike kvinner ble identifisert, og mors gjennomsnittsalderen var 28 år. Gjennomsnittlig svangerskapslengde ved innleggelse var 5,9 måneder, men det manglet opplysninger om dette i en tredjedel av tilfellene. Kvinnene var innlagt på ett av seks LVM-hjem som kun mottar kvinner. Syttini av 81 innleggelser var under tvang - 61 ble innlagt gjennom akutt tvangsvedtak (§ 13 LVM), 18 via planlagt tvang (§ 4 LVM), og kun to frivillige innleggelser etter sosialtjenesteloven. De fleste kvinnene hadde alvorlig rusmiddelbruk (opiater og amfetamin dominerte), og 47 % injiserte rusmidler. Hele 81 % av mødrene hadde minst ett barn plassert utenfor hjemmet eller hadde mistet omsorgsretten. Mellom 44-48 % av de gravide hadde tidligere blitt behandlet i åpen eller lukket omsorg, som var lavere enn begge sammenligningsgruppene (62-79 %). Gruppen rapporterte også lavere forekomst av psykiske og somatiske helseproblemer, men hadde et mer risikofylt rusmiddelbruk målt i type rusmidler og injeksjonsbruk. Studien etterlyser mer forskning for å belyse hvordan gravi-

ditet faktisk påvirker beslutningene om tvang og for å undersøke utfallet for både kvinnene og barna. Studien er vurdert å ha middels/høy risiko for systematiske skjevheter (se vedlegg 4).

En senere studie av Reitan, publisert i 2017 (79), analyserte 118 LVM-saker i forvaltningsretten der graviditet ble nevnt i perioden 2000–2009 (delvis overlappende utvalg med Reitan 2011 og 2019). Studien undersøkte hvordan graviditet vektlegges i rettens vurderinger av tvangsplassering. Denne studien diskuterer altså ikke konsekvenser av tvang direkte, men belyser et relevant skille mellom norsk og svensk lovgivning når det gjelder fosteret som rettssubjekt. Dette er relevant fordi funnene vil kunne peke på hva som vektlegges i beslutningen om tilbakehold av gravide uten eget samtykke. Metoden var en retts sosiologisk innholdsanalyse av dommer og vedtak. Studiepopulasjonen bestod av 109 kvinner med 118 graviditeter (ni av kvinnene var gravide to ganger). Gjennomsnittsalderen var 28,9 år. Cirka halvparten hadde tidligere vært under LVM-behandling, og halvparten hadde mindreårige barn fra før – hvorav ca. halvparten var plassert i omsorg utenfor hjemmet. Graviditetens lengde ved innleggelse var jevnt fordelt over trimesterne. Hele 88 % ble først plassert på akuttvedtak i henhold til LVM § 13, og 71 % fikk deretter innvilget ordinær tvangsplassering etter LVM § 4. Resultatene viste at graviditet ofte spiller en rolle i rettens vurderinger, selv om fosteret ikke regnes som et eget rettssubjekt i svensk lovgivning. I 89 % av dommene iht. LVM § 4 ble graviditeten nevnt, og i 39 tilfeller (38 %) ble den inkludert i den rettslige begrunnelsen. Ved gjennomgang av de 39 tilfellene fant de følgende: Graviditeten ble som oftest brukt som et forsterkende argument for kvinnens helsefare, alvorlighetsgraden av misbruket og nødvendigheten av tvangsplassering. I tillegg ble kvinnen og fosteret ofte sett på som én enhet, slik at mulige konflikter mellom morens interesser og hensynet til barnets beste ble underkommunisert. Retten koblet ofte risikoen for fosterskade til kvinnens psykiske helse – eksempelvis at kvinnen kunne ta psykisk skade dersom barnet ble født med misdannelser som følge av sitt inntak av rusmidler. I ett tilfelle løftet retten frem fare for kvinnens fysiske helse gjennom at bruken av rusmidler kunne gi økt risiko for placentalsnoring og således stor blødningsrisiko. I kun to tilfeller nevnes risikoen for barnet helt spesifikt. I fem saker der akuttvedtaket ble opphevet, ble det eksplisitt uttalt at et foster ikke kan regnes som «nærstående» etter lovens ordlyd, og dermed ikke omfattes av lovverket. Studien er vurdert å ha lav risiko for systematiske skjevheter (se vedlegg 4).

En tredje studie av Reitan, publisert i 2019 (80), var en femårig oppfølgingsstudie som inkluderte kvinner som var gravide ved innleggelse i LVM-omsorg i perioden 2000–2009, og som fødte barn etter innleggelsen (delvis overlappende utvalg med Reitan 2011 og 2017). Data ble hentet fra sju nasjonale registre og undersøkte helseutfall, sosial situasjon og barnevernstiltak. Den endelige populasjonen besto av 97 kvinner og 104 barn. Kvinnene hadde en gjennomsnittsalder på 28,9 år, og halvparten var førstegangs fødende. Tvangsinnleggelse skjedde i ulike trimester: 22 % i første, 37 % i andre og 41 % i siste trimester. Bare 38 % bodde sammen med barnefar ved første svangerskapskontroll. 72 % av partnerne ble registrert som rusmiddelbrukere. Hele 48 % hadde tidligere vært underlagt tvungen behandling, og 16 % hadde tidligere vært under tvangsomsorg som barn. De mest brukte rusmidlene var amfetamin, opiater og

benzodiazepiner. Resultatene viste at i oppfølgingsperioden døde 5 av 97 kvinner, alle av rusmiddelrelaterte årsaker. 88 % rapporterte om rusmiddelrelaterte helseproblemer og 81 % hadde psykiske utfordringer. I tillegg hadde 85 % av barna vært plassert i fosterhjem/institusjon minst én gang, og bare 30 % av mødrene bodde med barnet etter fem år. 25 % av kvinnene ble tvangsplassert minst en gang i oppfølgingstiden etter fødsel. Alle barna var levendefødte, men de hadde lavere fødselsvekt (350 g) og høyere prematuritet (13,5 %) enn gjennomsnittsbefolkningen (6 %), og 14 % fikk påvist en rusindusert diagnose. Det ble ikke justert for konfunderende faktorer. Ingen barn døde i løpet av oppfølgingsperioden. Forfatteren understreket behovet for helhetlige og langvarige tiltak fremfor å se på foreldreskap som en automatisk vei til bedring. Studien er vurdert å ha middels/høy risiko for systematiske skjevheter (se vedlegg 4).

Funn fra kvantitative studier om konsekvenser av tilbakehold og tvang i institusjon sett i sammenheng

Ingen av studiene vi identifiserte omhandlet bruk av tvang i institusjon etter innleggelse – kun tvangsplasseringen. De kvantitative studiene gir et ganske samstemt bilde over hvordan det går med personer som tilbakeholdes uten samtykke, men de gir oss mer informasjon om karakteristikk ved denne gruppen enn konsekvenser av selve tvangsplasseringen. Kunnskapsgrunnlaget er i hovedsak observasjonsstudier fra Norge og Sverige, uten randomisering eller gode kontrollgrupper. Det betyr at vi kan beskrive forløp og sammenhenger, men vi kan i liten grad si noe om hvorvidt det er tvangen i seg selv som har betydning for utfallene studert, eller om det er andre faktorer, for eksempel ved pasienten eller oppholdet som har betydning. Likevel, det fins noen klare mønstre i resultatene fra studiene og vi beskriver disse under.

For barn og unge viser de to studiene at de som tvangsinnlegges har svært omfattende rusmiddelproblemer og andre tilleggsbelastninger før innleggelse: tidlig kontakt med barnevern, kriminalitet, vold, traumer, psykiske problemer og alvorlig bruk av flere rusmidler. Over tid ser vi tydelige forbedringer på gruppenivå: en betydelig andel blir rusfrie i perioder, kriminaliteten går ned, og sosial fungering, skole/arbeid og psykisk helse bedres. Men ingen av studiene kan fortelle oss om det var tvangen som ga denne forbedringen – ungdommene fikk også annen miljøterapeutisk behandling, oppfølging og naturlig modning over tid, og det fins ingen god sammenlignbar gruppe med like alvorlige problemer som ikke ble tvangsinnlagt.

For voksne peker studiene på et veldig høyt risikonivå i utgangspunktet. Personer innlagt etter LVM eller hol. § 10-2 har stort sett tung og langvarig befatning med rusmidler, ofte injiserende bruk, mange somatiske og psykiske problemer, høy grad av kriminalitet, bostedsløshet og svak tilknytning til arbeid og familie. Resultater fra flere studier viser at en betydelig andel blir helt eller delvis rusfri en periode etter innleggelse, kriminaliteten går ned og psykiske symptomer reduseres, særlig hos dem som klarer å holde seg rusfrie. Også livskvalitet forbedres for mange, både blant frivillig og tvangsinnlagte, og motivasjon for endring kan øke under oppholdet selv om utgangspunktet er lavere hos tvangsinnlagte. Samtidig viser andre studier at mange får gjentatte

tvangsinnleggelser og at systemet rundt den tilbakeholdte ikke alltid klarer å bidra til å bryte denne sirkelen.

Når det gjelder dødelighet hos barn og voksne er bildet tydeligere. De store svenske registerstudiene viser at personer tvangsplassert har en dødelighet som er 8–9 ganger høyere enn i befolkningen generelt i samme alder, og at mange dør av alkoholrelaterte sykdommer, overdoser og selvmord. Dødsrisikoen er spesielt høy de første ukene etter utskrivning, særlig for yngre menn, der dødsraten i denne perioden er 200 ganger høyere enn i normalbefolkningen. Flere studier viser også at personer som har vært i LVM-omsorg, sammenliknet med de som ikke har vært tvangsplassert, har økt risiko for senere fengsling og økt risiko for alkohol- og narkotikarelaterte dødsfall. I tillegg viser en studie at unge som avbryter første tvangsopphold har høyere risiko både for ny tvangsplassering og for å dø på et senere tidspunkt. Dette tyder på at tvangsinnlagte representerer en ekstremt sårbar gruppe med høy dødsrisiko, og at perioden etter utskrivning er særlig risikabel. Men studiene kan ikke skille klart mellom effekten av tvang og effekten av at dette er de aller mest belastede pasientene i utgangspunktet. Det er derfor veldig usikkert hvorvidt tvangen i seg selv øker dødeligheten. Vi vet bare at den gruppen som tvangsinnlegges, og spesielt de som får mange og lange opphold, har svært høy risiko for død.

Når vi ser på rusfrihet, viser flere studier at en betydelig andel oppnår rusfrihet eller klar reduksjon i bruk etter tvangsopphold, både blant unge og voksne. I de svenske kohortene av kvinner var 30–40 % stabile rusfrie over flere år, og i de norske studiene var en del av de tvangsinnlagte rusfrie seks måneder etter utskrivelse. Samtidig ser vi at frivillig innlagte ofte gjør det bedre på kort sikt enn tvangsinnlagte – de har høyere sannsynlighet for å være rusfrie og færre overdoser etter seks måneder. Studiene peker på at rusfrihet er sterkt knyttet til bedre psykisk helse, mindre kriminalitet og mindre bruk av helsetjenester, men de kan ikke fortelle oss om tvang er en effektiv måte å oppnå varig rusfrihet på, sammenliknet med frivillig behandling eller andre tiltak. Det meste av forskningsdokumentasjonen tyder på at tvang kan være en inngangsport til endring for noen, men at selve utfallet i stor grad bestemmes av alvorlighetsgrad, videre behandling, skadereduksjon og sosial støtte etterpå – ikke bare om oppholdet var tvang eller frivillig.

For psykisk helse viser studiene at det ofte skjer en forbedring under selve oppholdet: symptomnivå går ned og livskvalitet øker. Men på litt lengre sikt er bildet mer blandet. For frivillig innlagte voksne ser det ut til at bedringen i psykisk helse i større grad holder seg seks måneder etter utskrivelse, mens tvangsinnlagte oftere glir tilbake mot samme symptomnivå som ved innleggelse – særlig hvis de fortsatt bruker rusmidler. Videre forblir dødeligheten svært høy i voksenpopulasjonen. Dermed kan vi si at tvangsopphold muligens gir en kortvarig stabilisering og bedring, men at det ikke fins god dokumentasjon for varig bedring.

Studiene av gravide viser at tvangsinnlagte gravide har alvorlige rusmiddelproblemer, ofte injiserende bruk og omfattende sosiale- og psykiske tilleggsbelastninger. På kort

sikt er det antydninger til at tvangsopphold kan beskytte fosteret mot fortsatt eksponering for rusmidler: mange kvinner er innlagt gjennom store deler av svangerskapet, og lengre opphold ser ut til å være forbundet med høyere fødselsvekt som indikasjon på bedre helseutfall for barnet. Men datagrunnlaget er lite, og det er ikke justert for andre faktorer som også påvirker fødselsvekt. På lengre sikt fremstår både mødre og barn som svært utsatt: høy forekomst av rusrelaterte helseproblemer og psykiske vansker hos mødrene, høy andel barnevernstiltak og få mødre som bor med barnet etter fem år. Det fins nesten ingen studier som sammenligner disse kvinnene med tilsvarende gravide med rusmiddelproblemer som ikke tvangsinnlegges. Dermed kan vi ikke si om tvang bedrer eller forverrer langtidsutfall for mor og barn – vi vet bare at gruppen er svært sårbar og at behovet for langvarig og helhetlig hjelp er stort.

Funn fra kvalitativ syntese om tilbakehold og tvang i institusjon

Vi identifiserte og formulerte 16 ulike funn om erfaringer med tilbakehold og tvang i institusjon i den kvalitative syntesen, som bygget på 26 studier. Funnene er til dels overlappende og beslektede, men representerer alle sentrale erfaringer i det kvalitative materialet vi har gjennomgått. Presentasjonen av funnene er strukturert slik at funn med tematiske likheter er plassert etter hverandre for en logisk flyt. Vi vil presisere at andre rekkefølger kunne vært aktuelle. Funnene henger sammen, og må leses og forstås i sammenheng, da de utfyller hverandre og representerer ulike erfaringer som alle er like relevante eller viktige i forståelsen av tilbakehold og tvang i institusjon.

Ettersom mange av funnene var gjennomgående både hos ungdom, voksne og gravide, presenterer vi funnene samlet for alle populasjonene og informantgruppene (barn/unge, voksne, gravide og ansatte), men spesifiserer i de tilfellene der enkelte grupper skiller seg ut.

Funnene gjenspeiler at brukere og ansatte i studiene i begrenset grad utdypet, drøftet eller differensierte hvordan de forsto, og hva de la i begrepet «tvang». I tvangsbegrepet slik det blir brukt inngår både tilbakehold uten samtykke og bruk av tvang under oppholdet i institusjon. Flere snakket også om regler, kontroll, fravær av goder, disiplin og begrensninger i sammenheng med tvang og tilbakehold. Enkelte av studiedeltagerne sa imidlertid – i alle fall indirekte – noe om hva tvang er og kan være, og også hvilken type tvang de mener kan brukes og når. Vi har forsøkt å tydeliggjøre hvordan begreper som tvang, tilbakehold, kontroll og begrensning har blitt brukt der det for oss har framstått som viktig i datamaterialet. At «tvang» i begrenset grad defineres i studiene, kan også handle om at det i studiene i liten grad har blitt spurt om forståelser og definisjoner av begrepet.

I presentasjonen av hvert enkelt funn står tilliten til funnet i parentes etter overskriften, og begrunnes kort. Antall studier som understøtter funnet presenteres i teksten, men vi vil påpeke at antall studier ikke nødvendigvis representerer rikheten i det understøttende datamaterialet. Se for øvrig tabell 10 i vedlegg 5 for den fullstendige tillitsvurderingen.

Opplevelse av tvang (moderat tillit)

For mange brukere medførte tilbakehold uten samtykke en opplevelse av urett, emosjonelt ubehag og krenkelse. Noen følte seg som kriminell uten å ha gjort noe straffbart. På den andre siden ble oppholdet opplevd som en pause/brudd fra hverdagen/rusen, der man fikk mulighet til å reflektere over sin egen situasjon.

Ni studier understøtter funnet om generell opplevelse av tvang. Vi har moderat tillit til funnet på grunn av noen bekymringer knyttet til metodiske begrensninger i de underliggende studiene.

Umiddelbar reaksjon (lav tillit)

For flere brukere var den umiddelbare reaksjonen av tvangsinnleggelsen preget av motvilje og følelse av overrumpling. Noen refererte til at de ikke hadde gjort noe straffbart, men opplevde det som fengsling. Flere trakk frem at manglende informasjon bidro til å forsterke motviljen.

Data fra ti studier ligger til grunn for funnet. Vi har lav tillit til funnet på grunn av alvorlige bekymringer knyttet til metodiske begrensninger i studiene som bidro med data til funnet, og enkelte bekymringer knyttet til koherens og datarikhet.

Trusler om tvang (lav tillit)

Mange ungdom, voksne og gravide opplevde et press om å samtykke til tilbakehold i institusjon fordi de opplevde at alternativet var tilbakehold på tvang. Mange opplevde trusler om bruk av tvang eller endring av vedtakshjemmel ved uønsket atferd/brudd på reglementet, eller ønske om å forlate institusjonen under tilbakeholdet. Dette bekreftes også av enkelte ansatte.

Sju studier understøtter funnet. Vi har lav tillit til funnet ettersom vi har store bekymringer for metodiske begrensninger i de understøttende studiene, samt små bekymringer tilknyttet til datarikhet.

Tilbakehold med mening (moderat tillit)

Mange ungdom, voksne og gravide opplevde at meningsfulle aktiviteter under tilbakehold, uansett plasseringshjemmel, var viktig for økt motivasjon til endring. Aktiviteter som ble nevnt var alt fra idrett og trening, turer, fasesystemer/strukturer til rusbehandling. Også flere ansatte fremhevet viktigheten av at oppholdets innhold virker meningsfylt.

Sju studier ligger til grunn for funnet. Vi har moderat tillit til funnet på grunn av moderate bekymringer knyttet til metodiske begrensninger i studiene som har data som understøtter funnet.

Tilbakehold uten mening (moderat tillit)

Mange ungdom, voksne og gravide opplevde tilbakeholdet på institusjon som meningsløst og kun som oppbevaring. De opplevde et tilbakehold uten aktiviteter, behandlingstilbud og rammer, noe som hindret endring. Behovet for mer meningsfullt innhold og mer kontroll/struktur ble etterlyst av flere. Enkelte ansatte bekreftet brukernes opplevelser.

Ni studier bidrar til datagrunnlaget for funnet. Vi har moderat tillit til funnet fordi vi har moderate bekymringer knyttet til metodiske begrensninger i studiene som bidrar med data til funnet.

Ambivalens i møte med tvang (lav tillit)

Flere brukere opplevde en ambivalens mellom negative følelser omkring tilbakehold og lettelse over midlertidig stopp i rusmiddelbruk og mulighet til å finne en vei videre ut av rusen. Flere endte opp med å akseptere oppholdet til tross for manglende samtykke. Noen ansatte opplevde en motsetning i at tilbakehold uten samtykke ikke førte med seg et krav om deltakelse i aktiviteter eller i behandling, og at kontroll/regler er nødvendig for å yte hjelp.

Ni studier bidrar til datagrunnlaget for funnet. Vi har lav tillit til funnet fordi vi har moderate bekymringer rundt metodiske begrensninger ved de underliggende studiene, moderate bekymringer knyttet til datarikhet, samt små bekymringer rundt koherens.

Lengde på opphold (høy tillit)

Både ansatte og brukere så på lengden på oppholdet som en viktig faktor, både for å skape mulighet for endring, relasjon mellom behandler og klient, og for å fremme motivasjon for behandling/å bli rusfri. Opplevelsen av tilbakeholdet endret seg for mange over tid, og særlig hvis pasienten fant mening i tilbakeholdet. Det tok tid for klienten å lande i oppholdet eller å komme i en slik posisjon at de var mottakelige for behandling.

Ni studier bidrar til datagrunnlaget for dette funnet. Vi har høy tillit til funnet.

Å innse at tvangen er nødvendig (moderat tillit)

Flere brukere uttrykte i etterkant av tilbakeholdet at tvangsvedtaket var nødvendig og at det ga mulighet for refleksjon over, og forståelse av, egen situasjon og dermed en forutsetning for endring. Mangel på valgmuligheter ble sett på som en fordel.

Tolv studier bidrar til datagrunnlaget for dette funnet. Vi har moderat tillit til funnet på grunn av moderate bekymringer knyttet til metodiske begrensninger i underliggende studier.

Opplevd virkning (moderat tillit)

Det var variasjon i opplevelsen av virkningen av tvang. Både ansatte og ungdom opplevde at tvang under tilbakeholdet kunne bidra til ytterligere bruk av tvang, for eksempel ved at ansattes utøvelse av tvang førte til motstand fra brukere, som igjen ledet til

mer utøvelse av tvang. Tilbakehold og grensesetting kunne oppleves som positivt, da det kunne bidra til positive endringer, opplevd mestring og personlig vekst. Pasienter som ikke opplevde tilbakeholdet som nyttig knyttet dette til manglende motivasjon, manglende ønske om endring og at de ikke fant mening ved oppholdet.

Ti studier bidrar til datagrunnlaget for dette funnet. Vi har moderat tillit til funnet ettersom vi har moderate bekymringer rundt metodiske begrensninger i studiene som bidrar til funnet, samt små bekymringer knyttet til datarikhet.

Frivillighet, tvang og motivasjon (moderat tillit)

Både ansatte og brukere snakket om hvordan motivasjon var en viktig forutsetning for endring blant pasienter tilbakeholdt på tvang. I tilfeller der man sammenlignet deltakere som ble plassert frivillig og under tvang, fant man at frivillig plassering ikke alltid betydde at man var mer motivert for å bli rusfri. For noen kunne tvungen plassering fungere som en ramme som fremmet motivasjon for rusfrihet. Samtidig kunne det ofte ta tid å bli motivert for endring og klar til å ta imot behandling, og flere snakket om at det var nødvendig å ha oppholdt seg på institusjon i en lengre periode før man kunne begynne å reflektere over sin egen situasjon. Bruken av tvang under oppholdet virket også inn på brukernes motivasjon. Ansatte snakket om at manglende bruk av tvang, i form av rammer og disiplin, kunne virke demotiverende på brukerne.

Ni studier belyser dette funnet. Vi har moderat tillit knyttet til funnet på grunn av moderate metodiske begrensninger.

Relasjon til ansatte (moderat tillit)

Relasjon til ansatte i institusjon påvirket brukernes opplevelse av oppholdet. Åpen dialog og mulighet for medvirkning fra brukerne økte motivasjonen for endring. Det å bli sett eller vist tillit til av ansatte skapte trygghet og mer motivasjon for endring, og dermed en mer positiv opplevelse av tilbakeholdet. God relasjon til behandler økte pasientens forståelse av oppholdet og reglementet - de forsto at de ansatte ønsket å hjelpe. Relasjonsbygging i starten ser ut til å ha betydning for det videre oppholdet. Når tvangen oppleves som straff kan det gå på bekostning av relasjonsbygging og tillit.

Ti studier underbygger dette funnet. Vi har moderat tillit knyttet til funnet på grunn av moderate metodiske begrensninger.

Forståelser av tvang (lav tillit)

Ansatte ga uttrykk for ulike oppfattelser av hva tvang er, fra grensesetting til fysisk bruk av tvang. Noen ansatte hadde en forståelse av tvang som et inngrep, men ikke et inngrep som går så langt at det går på bekostning av beboeres frihet. Tvang i institusjon anvendes, ifølge ansatte, hovedsakelig i nødverge som en siste utvei, for eksempel for å redde liv.

Sju studier understøtter funnet om forståelse av tvang. Vi har lav tillit til funnet på grunn av moderate bekymringer knyttet til metodiske begrensninger i underbyggende studier, samt moderate bekymringer knyttet til både koherens og datarikhet.

Belønning og straff (moderat tillit)

Flere unge og voksne opplevde at de ble belønnet for god oppførsel i form av mer frihet, og tapte goder eller at de ikke fikk goder ved regelbrudd. Ifølge ansatte og brukere kunne belønning skape motivasjon for rusfrihet, men enkelte unge forteller også at det var demotiverende å "gå ned i nivå".

Ti studier lå til grunn for funnet på belønning og straff. Vi har moderat tillit til funnet ettersom vi har moderate bekymringer knyttet til metodiske begrensninger i studiene som inngår i funnet, små bekymringer knyttet til koherens, samt moderate bekymringer rundt datarikhet.

Kontroll og tvang – å legge begrensninger på personer i institusjon (høy tillit)

Både voksne og unge fortalte om å ha vært utsatt for en rekke tvangstiltak, og at dette opplevdes som straff og som begrensende. Ungdommen hadde god kjennskap til hvilke prosedyrer og sanksjoner som gjaldt ved brudd på reglementet, men tiltakene opplevdes «kjipe». Enkelte ansatte var bevisste på at tvang kan oppleves som straff og kan svekke tilliten mellom ansatte og brukere.

Ni studier ligger til grunn for funnet på kontroll og tvang. Vi har høy tillit til funnet.

Konflikt mellom rettigheter og beskyttelse (høy tillit)

Ansatte i barnevernsinstitusjon opplevde at de hadde mistet et viktig handlingsrom og terapeutiske verktøy etter at Sivilombudets vurderinger etter tilsynsbesøk medførte en strengere fortolkning og praksis av rettighetsforskriften. Ved krav om samtykke fra ungdom ble ikke ungdom med på aktiviteter som ansatte mener er viktige for ungdommene ved inntak i institusjon og underveis i tilbakeholdet. Ansatte opplevde at det hindret dem i å sette krav til og grenser for ungdommen. Ansatte opplevde at det ble mer fokus på rettigheter enn plikter og grensesetting, og at det bidro til urettferdig ansvarliggjøring av ungdom som "ikke ser sitt eget beste" (forstår sin egen situasjon).

To studier understøtter funnet om konflikt mellom rettigheter og beskyttelse. Vi har høy tillit til funnet.

Oppfølging etter tilbakeholdet (høy tillit)

Både ungdom, voksne og gravide mente at oppfølging etter utskrivelse var en forutsetning for rusfrihet, men mange opplevde manglende eller ufullstendig oppfølging i etterkant. Oppfølgingen burde være individuelt tilpasset og inneholde behandlingstilbud, botilbud, praktisk bistand, emosjonell/psykologisk støtte og hjelp til å få etablert sosiale nettverk og arbeidsforhold. Ulik praksis ved institusjonene gjør at ikke alle gravide opplevde å få tilbud om frivillig oppfølging i etterkant av tilbakeholdet. For enkelte unge fremsto det som uklart hvem som har ansvaret for oppfølging etter oppholdet på institusjon.

Seks studier har datagrunnlag som underbygger dette funnet. Vi har høy tillit til dette funnet.

Funn fra kvalitativ syntese sett i sammenheng

De kvalitative funnene presentert over viser at opplevelsen av tilbakehold og bruk av tvang overfor personer med rusmiddelproblemer er mangeartet, og sammenhengene mellom de presenterte funnene er komplekse. Opplevelsen av, og erfaringene med både selve tilbakeholdet og bruken av tvang under tilbakeholdet endres gjerne over tid, og selv om det er mange likheter mellom opplevelsene til ungdom, gravide og voksne, er det også viktige nyanser.

Mange brukere, på tvers av de tre gruppene, beskriver opplevelsen av selve tvangsplasseringen og tvangstiltak som krenkende og urettferdig, særlig i starten. Flere knyttet dette til manglende informasjon i forkant av plasseringen, eller at de rett og slett ikke forsto hva vedtaket innebar. Manglende informasjon bidro til å forsterke motviljen og følelsen av overrumpning. Selv om flere pasienter i materialet var innlagt på en frivillig paragraf, beskrev flere at de hadde opplevd et press til å samtykke til tilbakehold, fordi de i realiteten ikke opplevde å ha noe valg – at tvangsplassering var eneste alternativ hvis de ikke samtykket.

Tid var en viktig faktor for hvordan tilbakeholdet ble opplevd for flere. Opplevelsen av tvangsoppholdet endret seg for mange over tid, og selv om den tidlige fasen kunne være preget av motvilje, opplevde flere at de etter hvert forsto mer av hvordan tilbakeholdet kunne være viktig og meningsfullt. En slik endring i opplevelse av tilbakehold hang gjerne sammen med det opplevde innholdet i tilbakeholdet, samt relasjoner til de ansatte i institusjonen.

Både brukere, på tvers av de tre gruppene, og ansatte peker på betydningen av innholdet i tilbakeholdet. Når oppholdet oppleves som meningsløst, uten aktiviteter eller struktur, skjedde det få eller ingen endringer i motivasjonen for å slutte med rusmidler eller endre livsvaner. Derimot kunne meningsfulle aktiviteter, tydelige rammer og gode relasjoner til ansatte bidra til økt motivasjon og følelse av trygghet, og gjøre at tvangstiltakene ble opplevd som mer akseptable.

I tillegg ble relasjonen mellom brukere og ansatte trukket fram som en viktig faktor for hvordan tilbakehold og tvang ble opplevd, samt for motivasjon for framtidig rusfrihet. Å bli sett, vist tillit til og inkludert i dialog med ansatte, og gitt muligheten til å medvirke i egen hverdag, kunne bidra til at tvang og tilbakehold ble opplevd mindre som straff og mer som støtte. Motsatt fremhevet noen hvordan negativ samhandling og opplevelse av maktmisbruk kunne svekke tilliten og forsterke opplevelsen av tilbakeholdet og/eller bruk av tvang som krenkende. Enkelte, både blant brukerne og de ansatte, fortalte også om hvordan bruk av tvang kunne øke motstanden og risikoen for regelbrudd, som igjen kunne eskalere situasjonen og føre til mer bruk av tvang i tilbakeholdet eller også til endring av plasseringshjemmel fra samtykke til tilbakehold uten samtykke.

Flere brukere opplevde også trusler om hjemmelsendring til tilbakehold uten samtykke, eller om annen tvangsbruk under tilbakeholdet, som en reaksjon på uønsket adferd eller for å hindre regelbrudd. At brukerne kunne bli truet med dette ble bekreftet av enkelte ansatte.

Overordnet ser det i materialet ut til at mange ansatte har ulike forståelser av hva tvangsbegrepet og tilstøtende begreper innebærer, og de omtaler alt fra grensesetting og strukturelle rammer til fysisk inngripen. Slike forskjellige forståelser henger også sammen med tanker om når «tvang» kan anvendes. Flere sa at tvang hovedsakelig brukes i nødverge som en siste utvei i akutte situasjoner for å unngå skade og ivareta liv og helse, og det innebar oftest en forståelse av tvang som fysisk inngripen. Av noen ansatte ble tvang beskrevet som et nødvendig onde, mens andre så på tvang som en naturlig del av grensesetting og omsorgsansvaret under oppholdet, som kunne legitimeres gjennom tanker om vern og beskyttelse. Samtidig viser funnene at både unge og voksne ofte opplevde tvangstiltak som straffende og begrensende, noe som kan svekke tilliten til de ansatte og institusjonen. Enkelte ansatte var også bevisste på dette, og mente at de måtte være forsiktige med å handle på en måte som gjorde at tvang ble forbundet med straff. Belønningssystemer, der god oppførsel ga økt frihet og regelbrudd medførte fravær av eller tap av frihet og goder, under tilbakeholdet, kunne for noen virke motiverende, mens andre ungdom opplevde slike systemer som demotiverende og urettferdige.

Rettighetsforskriften, og hvordan denne tolkes, trekkes også frem av enkelte ansatte som å spille en sentral rolle for anvendelsen av tvang under tilbakehold i rusinstitusjoner i barnevernet. Forskriften beskrives både som et viktig verktøy og en betydelig utfordring for det miljøterapeutiske arbeidet. På den ene siden fremheves viktigheten av å sikre ungdommers rettigheter og forebygge tvang, men på den andre siden oppleves forskriften å begrense ansattes handlingsrom til å sette nødvendige grenser og krav. Dette gjelder særlig i situasjoner der ungdommene anses som lite i stand til å ta ansvar for egen situasjon, f.eks. ved rusing eller tidlig fase av oppholdet. Dette skaper et vedvarende dilemma mellom å ivareta rettigheter og å utøve omsorg og kontroll, og flere ansatte beskriver maktesløshet når de opplever at regelverket hindrer dem i å gripe inn for å sikre det de mener er ungdommens beste. Dette ble av enkelte beskrevet som at brukere kan holdes tilbake uten samtykke, men de kan ikke tvinges til motivasjon, behandling eller aktivitet, og dermed fikk de ikke etablert relasjoner til brukerne gjennom aktiviteter de ansatte mente var helt sentrale for å tilby meningsfulle tilbakehold.

Lengden på tilbakeholdet ga flere tid til å «lande» i tilbakeholdet og til å reflektere over egen bruk av rusmidler, og til å gi motivasjon for rusfrihet eller å endre retning i livet. Flere forteller for eksempel at tilbakeholdet ga dem en pause fra rusen, som muliggjorde refleksjon og innsikt i egen situasjon. Dette blir av flere beskrevet som en forutsetning for endring og motivasjon for å oppnå rusfrihet. Dette var særlig uttalt av enkelte av de gravide brukerne. Dette kan ha sammenheng med at de kan bli holdt tilbake lengre (hele svangerskapets lengde), og dermed få mer tid til å finne seg til rette i tilbakeholdet. Lengden på tilbakeholdet, og hvordan de ansatte arbeidet og bodde, kunne også ha betydning for mulighetene brukerne hadde til å etablere en god relasjon til de ansatte. Dette ble særlig fremhevet av flere av ungdommene.

Flere av brukerne som var innlagt på tvang i Sverige (LVM) opplevde tilbakeholdet som innholds- og meningsløs oppbevaring, der de ikke opplevde å få behandling eller støtte til endring. De opplevde at tilbakeholdet kun handlet om at de skulle ut av den mest akutte situasjonen.

Det var også stor variasjon i den opplevde virkningen eller effekten av tilbakeholdet og tvangen som medfølger. I etterkant av oppholdet beskriver noen brukere at fraværet av valgmuligheter kunne oppleves som en fordel, og dette gjaldt også enkelte brukere som tidligere hadde vært innlagt etter eget samtykke, fordi muligheten til å trekke seg kan gjøre det lettere å avbryte når motivasjonen daler. Flere beskrev tvangstiltaket som helt nødvendig for at de skulle få tid og rom til å reflektere over egen situasjon og dermed for motivasjon for endring. Andre opplevde at tvangen og tilbakeholdet skapte mer motstand, og at de under tilbakeholdet kun tenkte på at de skulle tilbake til rusen i etterkant.

Vi ser at tilbakeholdet og tvangen samlet sett omtales med en viss ambivalens. På den ene siden oppleves tvang som krenkende og nedverdiggende. På den andre siden er det flere som omtaler hele oppholdet som nødvendig både for overlevelse, og for å skape motivasjon for endring og et refleksjonsrom. Dette går igjen i materialet hos både brukere og ansatte.

Flere trakk også fram at opplevelsene av tilbakehold var ulike fra første til andre tvangsvedtak om tilbakehold, og at de ved senere tilbakehold visste mer om hva de gikk til og kunne ha en annen motivasjon for endring.

Lengde på opphold, innhold i tilbakeholdet, graden av tvangsbruk under oppholdet og relasjon mellom brukere og ansatte, henger dermed tett sammen og har stor betydning for opplevd virkning, for å skape endring, utvikle motivasjon for rusfrihet og hva som skjer i etterkant av tilbakeholdet.

Til slutt fremheves perioden rett etter tilbakeholdet (oppfølging og etterbehandling for voksne og gravide og ettervern for barn og unge i barnevernet) som kritisk for å opprettholde rusfrihet og stabilitet, både av brukere og ansatte. Mange beskriver at de skrives ut til en utrygg situasjon uten bolig, nettverk eller individuelt tilpassede tjenester. Tett og individuelt tilpasset oppfølging med praktisk hjelp, emosjonell støtte og kontinuitet nevnes av flere som viktige forutsetninger for rusfrihet og mestring av hverdagslivet. Når oppfølgingen fins, oppleves den imidlertid av enkelte som kontrollorientert (f.eks. rustesting) fremfor støttende, og det kan bidra til å skape mistillit og avstand til hjelpeapparatet. Ulik praksis mellom institusjoner og kommuner skaper store forskjeller i tilbudet, og ansvarsforholdene er ofte uklare.

Samlet sett peker de kvalitative funnene på komplekse erfaringer når det gjelder tilbakehold og bruk av tvang i institusjon, og det fremheves en viktig balanse mellom kontroll og grensesetting vs. støtte og omsorg. Ulik forståelse og praksis knyttet til tvang, samt strukturelle rammebetingelser og relasjon mellom bruker og ansatt, påvirker

både brukernes og ansattes opplevelser av tvang, medvirkning og handlingsrom. I materialet ser det videre ut til at hjemmelsgrunnlaget (frivillig eller tvangsplassering) i seg selv ikke framstår som avgjørende for opplevelsen av tvang. Det ser heller ut til at opplevelsen av tilbakehold med mening, medvirkning, relasjoner og tillit er vel så avgjørende for hvorvidt pasientene opplever tilbakeholdet som tvangspreget.

Funn fra flermetodisk syntese

Vi beskriver her funnene fra den flermetodiske syntesen, der kvalitative og kvantitative funn blir sett på tvers av hverandre. Vi presenterer funnene der det var tematisk overlap mellom de kvantitative og kvalitative dataene.

Ungdom

Ingen studier undersøkte forekomst av tilbakehold og bruk av tvang i institusjon overfor unge med rusmiddelproblematikk. Mangel på studier med dette særlige fokuset skyldes trolig delvis at tilgjengelig litteratur hovedsakelig inkluderer ungdom med rus kun som del av en bredere gruppe av ungdom med atferds- og rusproblematikk. Innhentede tall fra barneverns- og helsenemnda gir et noe klarere bilde, men de presenterer kun antall vedtak. Dette innebærer at én person kan ha flere vedtak om tilbakehold, og basert på funn fra kvalitativ syntese er dette trolig tilfelle for flere av ungdommene tilbakeholdt i institusjon. Antall hovedsaker der eksplisitt begrunnelse for tilbakehold var rusmiddelproblematikk hos ungdom ser overordnet ut til å ha gått ned, fra 85 vedtak i 2020 til 58 i 2024. Det ble observert en tydelig nedgang fra 2020 til 2022, deretter en økning i 2023 og en liten nedgang i 2024. Dette må trolig ses i sammenheng med covid-19 pandemien med påfølgende smittevernstiltak og fysiske restriksjoner.

Når det gjelder bruk av tvang i institusjon er datagrunnlaget enda mer overordnet. Ved registrering av tvangsprotokoller skilles det ikke på plasseringsgrunnlag for barn og unge plassert i barnevernsinstitusjoner. Overordnet ser det ut til å ha vært en endring i registrerte tvangsprotokoller hos statsforvalteren over tid, med en markant økning de siste to årene (år 2023-2024). Økningen av registrerte tvangsprotokoller fra 2017 til 2024 har vært på hele 112 prosent. Likevel, samlet sett er kunnskapsgrunnlaget uklart og preget av betydelig usikkerhet, noe som gjør det vanskelig å vurdere utviklingen av bruk av tvang i institusjon for ungdom med rusmiddelproblematikk isolert sett.

Det fins lite forskning om konsekvensene av tilbakehold og tvang overfor barn og unge i institusjon, noe som trolig skyldes at det i liten grad skilles på plasseringsgrunnlaget i barnevernsinstitusjoner. Korttids- og langtidskonsekvensene av tilbakehold av barn og unge er dermed uklare, men i de to studiene som undersøker konsekvenser av tilbakehold av ungdom er det likevel noen tendenser i materialet.

Funnene fra Norge og Sverige tyder på at tilbakehold uten samtykke på kort sikt gir redusert bruk av rusmidler, lavere kriminalitet og færre akutte helseproblemer hos ungdom. Samtidig finner de en bedring i psykisk helse, sosiale relasjoner og en stabilisering av livssituasjonen (bolig, omsorg), og i studien fra Norge hadde halvparten polikli-

nisk oppfølging som en del av oppfølgingstilbudet det første året etter oppholdet. Studien fra Sverige fant at etter to år var over en fjerdedel stabilt rusfrie, og fem år etter utskriving var en femtedel helt rusfrie. Studien fant også at de som holdt seg rusfrie hadde bedre psykisk helse og sosial integrasjon, lavere kriminalitet og færre sykehusinnleggelser.

Studien fra Norge fant at etter 10 år var halvparten i arbeid, en femtedel under utdanning og ingen på uføretrygd. Ingen var i døgnbehandling eller i fengsel etter 10 år. Også de fant en stabil reduksjon i rus, kriminalitet og vold, og en bedring i psykisk helse og sosiale relasjoner (uten tilknytning til rus). I oppfølgingstiden var det ingen registrerte reinnleggelser. Studien trekker frem langvarig og intensiv helhetlig behandling som en viktig forutsetning for varig reduksjon i problemomfang, og som blir faset over til poliklinisk oppfølging. Mange av ungdommene innlagt på tvang gikk senere over til frivillig behandling.

Overlapp mellom kvantitative og kvalitative funn

Sett opp mot funn fra kvalitativ syntese tyder funnene samlet sett på at barn og unge som blir tvangsplassert for sin omfattende rusmiddelproblematikk, også ser ut til å ha mange tilleggsutfordringer ved inntak i rusinstitusjon. Mange unge som blir tvangsplassert har vært i barnevernssystemet over lang tid, har en ustabil boligsituasjon, kommer fra familier med svak økonomi, vold i hjemmet, har foreldre med fysiske og psykiske lidelser og aktiv rusmiddelbruk, og mange ungdom har blitt diagnostisert med personlighets- eller atferdsforstyrrelser, har tendenser til voldelig atferd og er involvert i kriminalitet. Blant jenter tilbakeholdt har flere erfaring med prostitusjon. Disse funnene går igjen i begge de kvantitative studiene på konsekvenser av tilbakehold: den svenske studien til Fridell og kollegaer (2009) (lav risiko for systematiske skjevheter) og den norske til Lauritzen og kollegaer (2012) (høy risiko for systematiske skjevheter). Belastningene som beskrives i disse studiene gjør at mange ungdommer har flere tidligere negative opplevelser med seg som trengs å bearbeides. Ungdom som blir tilbakeholdt i institusjon ser dermed ut til å ha et mer kompleks og sammensatt utfordringsbilde enn kun rusmiddelproblematikk, og det vil ikke alltid være en klar grensegang mellom rus, kriminalitet og psykiatri. Det utfordrer behandlingstilbudet som gis ungdom tvangsplassert i institusjon til ikke kun å gjelde rusbehandling, men til også kreve et betydelig fokus på praktisk bistand, psykisk helsehjelp og kriminalitet (atferd, holdninger, tanke-mønster og tilhørighet).

Basert på funn i den kvalitative syntesen opplevdes tvangsplassering som en forutsetning for endring hos mange ungdommer. Mange ungdommer, under det kvalitative funnet *frivillighet, tvang og motivasjon* (moderat tillit), opplevde manglende valgfrihet og rammer som nødvendig for ikke å forlate institusjonen i begynnelsen. Ved plassering er det mange ungdommer som ikke opplever et behov for behandling, hvilket skaper stor motstand i begynnelsen. Også for ungdommene ser lengden på oppholdet å være av betydning, som beskrevet i funnet *lengde på opphold* (høy tillit). Ungdommene bruker tid i starten på å finne seg selv på nytt og oppnå ny innsikt i egen situasjon. Det resulterer i at den reelle tiden ansatte har til behandling ofte er langt mer avkortet enn tvangsplasseringens varighet tilsier. Ansatte opplever at det ofte tar uker, og noen ganger måne-

der å komme i posisjon og motivere ungdom til rusfrihet og behandling. *Relasjon til ansatte* (moderat tillit) ser ut til å være sentral for ungdoms motivasjon for rusfrihet, gjennom alliansebygging, tillit, trygghet og mestring.

Mens de fleste ungdommer ser ut til å tilpasse seg tvangsplasseringen og dens rammer, gjelder ikke det for riktig alle. Opplevelsen av tvang ser ikke primært ut til å være knyttet til plasseringsgrunnlaget, men til hvor nyttig hjelpen oppleves. Under funnet *tilbakehold med mening* (moderat tillit) beskrives det hvordan ungdom opplever oppholdet som meningsfullt, gjennom klare rammer og struktur, aktiviteter og tydelig behandlingsfokus tilpasser seg i større grad tvangsrammene. Derimot ser det ut til at mangel på struktur, uforutsigbare regler og fravær av krav til deltakelse, som vist i funnet *tilbakehold uten mening* (moderat tillit), resulterer oftere i vedvarende motstand mot tvangsplasseringen. I noen tilfeller tyder funnene på at ungdom med vedvarende høy motstand mot oppholdet opplever mer tvang, som igjen ser ut til å resultere i flere brudd på regler, som rusing eller rømming, og fører til en gjentakende sirkel av tvangsbruk.

Basert på funnene fra den kvalitative syntesen og de kvantitative studiene om konsekvenser, etterlyses det bedre og mer tilpasset ettervern etter tvangsplassering. Ettervernet ser ut til å være viktig for å sikre varig positiv endring, noe som omtales i begge de kvantitative studiene (hhv. lav og moderat-høy risiko for systematiske skjevheter) og i det kvalitative funnet *oppfølging etter tilbakeholdet* (høy tillit). Ungdom har behov for mer strukturert og kontinuerlig ettervern, enten gjennom videre ettervern i institusjon eller ved oppfølging i det kommunale barnevernet. Både ungdom og ansatte trekker frem behov for støtte til rusfrihet etter tvangsplasseringen.

Voksne

Samlet viser de kvantitative studiene at voksne som tilbakeholdes for rusmiddelproblematikk utgjør en svært belastet og marginalisert gruppe, med alvorlig /omfattende bruk av rusmidler, mange psykiske og somatiske helseproblemer, kriminalitet og store sosiale vansker. De svenske registerstudiene viser at personer dømt til tvangsplassering etter LVM har svært høy dødelighet, mange ganger høyere enn i befolkningen ellers, og høy risiko for gjentatte tvangsinnleggelses og senere fengsling. Risikoen for død er særlig høy de første to ukene etter utskrivelse, spesielt blant yngre menn, og overdoser dominerer. Frafall fra LVM er vanlig, og de som avbryter har høyere risiko både for ny LVM-dom og for å dø. Funnene tyder på at tvangsplassering slik den praktiseres i Sverige ikke har dokumentert livsforlengende effekt på gruppenivå, men snarere fungerer som en markør for svært høy risiko, der mangelfullt innhold i tiltakene og dårlig oppfølging i etterkant av oppholdet gjør at risikoen for tidlig død og tilbakefall i liten grad reduseres. Samtidig viser én svensk studie at en del kvinner kan oppnå lengre perioder med rusfrihet, mindre kriminalitet og bedre helse dersom de får strukturert og langvarig oppfølging i etterkant av utskrivelsen.

De norske studiene, som bygger på et lite utvalg og har større risiko for skjevheter, gir et mer nyansert bilde. De viser at tvangsinnlagte har mer alvorlig rusmiddelbruk og større samlet belastning enn frivillig innlagte, men også at opplevd tvang er høy i begge

gruppene, og at juridisk status ikke fullt ut fanger opp hvordan tvang erfares. Både frivillig og tvangsinnlagte kan få bedring i motivasjon, livskvalitet, bruk av rusmidler og psykisk helse etter døgnbehandling, men frivillig innlagte har høyere sannsynlighet for rusfrihet og færre overdoser, og tvangsinnlagte har oftere tilbakegang i psykiske symptomer ved seks måneders oppfølging. Den viktigste forklaringen på forverring er fortsatt bruk av rusmidler, ikke tvangsstatus. Studiene peker samlet på at tvang alene ikke ser ut til å sikre varig bedring, og at eventuelle positive effekter avhenger av innholdet i behandling og kvaliteten på oppfølgingen i etterkant av oppholdet – ikke av selve vedtaket om tilbakehold.

Overlapp mellom kvantitative og kvalitative funn

De kvantitative studiene omhandlet i all hovedsak selve tvangsinnleggelsen og ikke bruk av tvang i institusjon. Fellestrekkene mellom de kvalitative og kvantitative studiene begrenset seg derfor til tilbakehold og sier lite om tvangsbruk under oppholdet, noe som gjenspeiles i avsnittene under.

Et fellestrekk på tvers av flere av de kvantitative studiene var at de tok for seg endring over tid. Flere studier dokumenterte hvordan deltakerne opplevde bedring i livskvalitet (72), psykisk helse (71), motivasjon (66) og rusmiddelbruk (70). Disse funnene samsvarer godt med flere av de kvalitative funnene, som enten beskrev hvordan pasienter opplevde en positiv endring på disse områdene, eller hvilke faktorer som støttet opp under en eventuell bedring.

Et av de kvalitative funnene, *opplevelse av tvang* (moderat tillit), viste at tilbakehold kunne oppleves som en pause fra hverdagen og rusen, der man fikk mulighet til å reflektere over sin egen situasjon. Tilsvarende viste funnet *opplevd virkning* (moderat tillit) at tilbakehold kunne bidra til positive endringer, slik som opplevd mestring og personlig vekst. Med andre ord indikerer disse funnene at tilbakehold kunne ha en positiv betydning for pasientenes livssituasjon, noe som samsvarer med funnet fra den kvantitative studien til Pasareanu og medarbeidere (72) som fant en svak økning i livskvalitet fra innleggelse til oppfølging ved 6 måneder etter utskrivelse. Det samme utvalget opplevde en bedring i psykisk helse fra innleggelse til utskrivelse, selv om det gikk tilbake til samme nivå som tidligere ved 6 måneders oppfølging etter utskrivelse (71). Begge disse kvantitative studiene ble vurdert til å ha moderat risiko for systematiske skjevheter. Det er også verdt å merke at økningen i livskvalitet ikke var statistisk signifikant ($p = 0,055$).

Funnet *frivillighet, tvang og motivasjon* (moderat tillit) viste at tvungen plassering kunne fungere som en ramme som fremmet motivasjon for rusfrihet, noe som stemte overens med funnet fra Opsal og medarbeidere (66) som fant at tvangsinnlagtes motivasjon for endring og hjelpesøking økte under oppholdet. Her bør det likevel bemerkes at endringen var liten (6,7 %), ikke-signifikant og at studien ble vurdert til å ha moderat til høy risiko for systematiske skjevheter. Et annet delfunn fra de kvalitative studiene var at frivillig plassering ikke alltid betydde at man var mer motivert for å bli rusfri. Dette samsvarer til dels med Opsal-studien, i den forstand at det faktisk var en liten andel av de frivillig innlagte som skåret lavt på motivasjon for endring. Men denne andelen var betydelig lavere enn hos pasientene lagt inn på tvang. Det kvantitative funnet

støtter dermed opp under påstanden om at pasienter innlagt frivillig ikke alltid er motivert for rusfrihet, men det var ingen dekning for å si at tvangsinnlagte pasienter var mer motivert enn de frivillige.

Det kvalitative funnet *å innse at tvangen er nødvendig* (moderat tillit) handlet om at pasientene i etterkant mente tvangsvedtaket var nødvendig, blant annet fordi det hjalp dem med å endre atferd. Opsal og medarbeidere (66) fant et lignende resultat i sin studie, der 75 % av pasientene som var lagt inn på tvang, ved 6 måneders oppfølging etter innleggelse, rapporterte at de anerkjente at de trengte hjelp. Denne studien vurderte vi til å ha moderat til høy risiko for systematiske skjevheter.

Når det gjaldt konkrete erfaringer med tvang viste det kvalitative funnet *opplevelser med tvang* (moderat tillit) hvordan flere deltakere følte seg som kriminelle uten å ha gjort noe straffbart. Dette samsvarer til en viss grad med opplevelsen blant deltakerne i den kvantitative studien til Opsal og medarbeidere (67), der majoriteten av deltakerne rapporterte høy grad av opplevd juridisk tvang – denne studien ble vurdert til å ha moderat risiko for systematiske skjevheter. Her skåret de tvangsinnlagte deltakerne også betydelig høyere enn de frivillig innlagte. Samtidig skåret en tredjedel av de tvangsinnlagte at de ikke opplevde juridisk tvang til innleggelse, noe forfatterne tolket til at de var forvirret over sin egen juridiske status. På samme måte opplevde en betydelig andel av de frivillig innlagte at de følte seg tvunget til behandling. Dette samsvarer med *trusler om tvang* (lav tillit) som viste at voksne brukere opplevde et press om å samtykke til institusjon, fordi de opplevde at alternativet var tilbakehold på tvang. Funnet *ambivalens i møte med tvang* (lav tillit) viste dessuten hvordan flere ender opp med å akseptere oppholdet på institusjon til tross for manglende samtykke.

Et annet område der både kvantitative og kvalitative funn samstemte, er betydningen av oppfølging etter utskrivelse. Registerstudier dokumenterer høye nivåer av dødelighet, tilbakefall, drop-out og reinnleggelser, og forfatterne her peker eksplisitt på manglende oppfølging i etterkant og koordinerte tjenester som en sentral forklaring. De kvalitative studiene bekrefter dette tydelig (høy tillit til funnet): ungdom, voksne og gravide beskriver oppfølging etter oppholdet som en nødvendig forutsetning for varig rusfrihet, men mange opplever manglende eller ufullstendig oppfølging. De etterlyser individuelt tilpassede tilbud som kombinerer bolig, praktisk bistand, behandling, emosjonell støtte, nettverksbygging og hjelp til arbeid eller aktivitet. For enkelte fremstår det uklart hvem som har ansvar for videre oppfølging, og det rapporteres om ulik praksis mellom institusjoner, særlig for gravide.

Gravide

Omfanget av vedtak om tilbakehold etter hol. § 10-3 ser ut til å ha holdt seg relativt stabilt i perioden 2008 til 2024, men med en markant nedgang mellom 2020 og 2023. Denne nedgangen må trolig ses i sammenheng med covid-19 pandemien med påfølgende smitteverntiltak og fysiske restriksjoner. Alle studiene om gravide tilbakeholdt i institusjon har gjennomført datainnsamlingen før pandemien, og vi vet dermed lite om hvilken betydning pandemien og nedgangen i tilbakehold av gravide kan ha hatt.

Gravide som tilbakeholdes i institusjon uten samtykke har et sammensatt og komplekst utfordringsbilde utover alvorlig bruk av rusmidler. De svenske studiene til Reitan fra 2011 (78) og 2019 (80), begge med middels til høy risiko for systematiske skjevheter, rapporterer at mange gravide har flere tvangsplasseringer bak seg. Dette bekreftes også i den norske studien fra KoRus Sør 2015 (55), som har lav til middels risiko for systematiske skjevheter. Hovedvekten av disse plasseringene er etter bestemmelsene i hol. § 10-2, og kun unntaksvis fra tidligere vedtak etter § 10-3 som gjelder spesifikt for gravide. Det er få studier som undersøker endringer av plasseringsgrunnlag underveis i oppholdet for de gravide, men i den norske rapporten (55) ser ikke hjemmelsgrunnlaget ut til å endre seg for de fleste under institusjonsoppholdet.

Samme studie viser at flertallet av gravide tilbakeholdt i institusjon både på tvang og frivillig takker ja til videre frivillig behandling, også blant de som mister omsorgen for sitt barn, men det er forsket lite på hvordan det går med dem i etterkant sammenlignet med dem som takker nei. For Sverige har vi ikke en tilsvarende oversikt over hvor mange som takker ja til videre frivillig behandling og følgelig hvordan det går med dem i etterkant.

Funnene tyder også på at tiden fra kvinner blir klar over graviditeten til den gravide tilbakeholdes i institusjon har gått noe ned i perioden 1996-2014 (55), og funnet knyttes til bedre kartleggingsrutiner og raskere vurderinger av helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Funn fra de to nevnte svenske studiene (78;80) finner større variasjon i svangerskapslengde ved inntak i institusjon, men overordnet tyder funnene på at kvinner som er gravide tilbakeholdes i gjennomsnitt noe senere i svangerskapet, og at et klart flertall av tilbakehold skjer uten samtykke. Svensk lovgivning (LVM) har på sin side ingen særskilte bestemmelser om tilbakehold overfor gravide og fosteret er ikke ansett som et eget rettssubjekt etter lovens bestemmelser. Likevel tyder funnene i Reitan 2017 (79), med lav risiko for systematiske skjevheter, på at domstolene foretar normative vurderinger, og at hensyn til fosteret spiller inn i domstolenes vurderinger av tilbakehold av den gravide i flertallet av avgjørelsene om tilbakehold, men aldri som eneste begrunnelse for tilbakehold, da dette ikke er eksplisitt forankret i LVM.

I rapporten fra KoRus Sør 2015 (55) er det svake tendenser i materialet til at flere gravide legger seg inn frivillig etter hol. § 10-4 enn før. Det er imidlertid uklart hvorfor, men funnet *trusler om tvang* (lav tillit) fra den kvalitative syntesen peker på at flere gravide opplever et sterkt press, og noen trusler, om at konsekvensene ellers vil resultere i tilbakehold uten samtykke. Det kan derfor være vanskelig å si noe sikkert om arbeidet med gravide ute i kommunene skyldes økt motivasjon til behandling eller økt press om innleggelse.

Både i Norge og Sverige tyder de kortsiktige funnene på at tilbakehold uten samtykke gir stabilisering av rusmiddelbruk under svangerskapet og bedre fysisk helse (55;80). I Norge fant studien til Nordlie fra 2012 (65) at barn av gravide tilbakeholdt lengre i institusjon hadde høyere fødselsvekt enn dem tilbakeholdt kortere enn 140 døgn, men fødselsvekten var fortsatt lavere enn landsgjennomsnittet. Alle barn av gravide tilbakeholdt uten samtykke var levendefødte, men studien er vurdert å ha høy risiko for systematiske skjevheter, blant annet fordi det ikke ble justert for konfunderende faktorer. I

den svenske studien til Reitan fra 2019 (80) var også fødselsvekten lavere enn hos gjennomsnittsbefolkningen. I tillegg fikk ca. 14% av barna en rusindusert diagnose og 13,5% ble født prematurt sammenlignet med 6% i den generelle befolkningen.

De langvarige virkningene av tilbakeholdet er mer uklare. I Norge er det forsket lite på langtidsvirkningen av tilbakehold i institusjon av gravide, men det sees tendenser i materialet til KoRus Sør (55), at flere gravide beholder omsorgen for barnet nå enn tidligere. I Sverige tyder langtidsoppfølging til Reitan over fem år på at flertallet av kvinner rapporterte om rusmiddelrelaterte helseproblemer og psykiske vansker (80). En fjerdedel hadde i løpet av oppfølgingsperioden vært tvangsplassert igjen, og kun en tredjedel bodde med barnet etter fem år.

Overlapp mellom kvantitative og kvalitative funn

Det er forsket lite på hva det er som gjør at flertallet av gravide takker ja til videre frivillig behandling etter tvangsplasseringen, men funn fra kvantitative studier og kvalitativ syntese tyder på at tid er en sentral faktor. Funnet *lengde på opphold* (høy tillit) tyder på at det for mange gravide tar tid fra de blir tilbakeholdt i institusjon til de opplever å komme i posisjon for endring. For mange gravide er den *umiddelbare reaksjonen* (lav tillit) av tilbakeholdet preget av vantro og motstand, og en opplevelse av tilbakeholdet som et stort inngrep i eget liv og selvråderett. Mange har også blandede erfaringer med helsepersonell fra før, og har lav tillit til hjelpeapparatet ved inntak. Også ansatte beskriver i funnet *lengde på opphold* (høy tillit), hvordan de opplever at tilbakeholdet og de begrensningene det medfører gjør det utfordrende å få den gravide delaktig i egen behandling i starten. Tilstrekkelig informasjon forut for og under tilbakeholdet, relasjons- og alliansebygging over tid preget av støtte og engasjement, sammen med rammer og struktur, ser ut til å være vesentlige faktorer som legger til rette for engasjement og deltakelse i egen behandling. I tillegg er det mange gravide tilbakeholdt uten samtykke som beskriver hvordan tilbakeholdet var riktig, og for noen helt nødvendig for å redde eget liv, selv om de ikke ønsket det selv ved inntak, beskrevet i funnet *å innse at tvangen er nødvendig* (moderat tillit). Flere beskriver at de ville skrevet seg ut hvis de hadde hatt mulighet i starten, men antallet som takker ja til videre frivillig behandling etter tilbakeholdet, underbygget av kvantitative funn fra KoRus Sør (55), kan tyde på at det skjer noe med motivasjonen hos den gravide underveis i tilbakeholdet.

Hovedhensikten med bestemmelsene i hol. § 10-3 er å beskytte barnet mot den gravidens rusmiddelbruk og risiko for skade. Gravide som blir tilbakeholdt i institusjon uten eget samtykke har ikke bare utfordringer knyttet til alvorlig rusmiddelbruk, men har ofte med seg tilleggsvansker og en kompleks livssituasjon. Mange gravide som blir tilbakeholdt i institusjon har utfordringer med egen psykiske helse, svak økonomi, ustabil bostedssituasjon, få nære relasjoner og en partner med aktivt rusmiddelbruk. Mange har også med seg tidligere negative erfaringer som bør bearbeides, og samlet sett er det ofte flere ting som må håndteres før barnet blir født, foruten rusmiddelbruken. Det er flere ansatte som gjennom funnet *lengde på opphold* (høy tillit) peker på tidspunktet kvinnen blir tilbakeholdt i svangerskapet og hvordan det virker inn på tiden tilgjengelig for behandling og veiledning, og hvor godt rustet kvinnen vil være når barnet blir født. Desto senere den gravide blir tilbakeholdt i institusjon, desto mer øker sannsynlighet

for å måtte gjøre nødvendige prioriteringer i behandlingen, som først og fremst skal sikre at fosteret ikke blir eksponert for rusmidler.

Noen kvinner som er tilbakeholdt tar abort underveis i innleggelsen uten at det fins eksakte tall på hvor mange det gjelder. En gravid kvinne tilbakeholdt etter bestemmelsene i hol. har rett til å avbryte svangerskapet i tråd med ordinær norsk lovgivning på feltet (abortloven). For gravide kan usikre levekår utenfor institusjonen, tvil om egne ferdigheter som mor, frykten for å bli fratatt barnet, frykt for å ha påført barnet rusmiddelrelaterte skader, følelser knyttet til skam og stigma, abstinenser eller tvangen i seg selv gjøre at abort blir utfallet. Flere gravide strever trolig med ambivalente følelser rundt flere av disse problemstillingene, og hvordan kvinnene blir møtt rundt disse følelsene ser ut til å være viktig for kvinnenens opplevelse av, og utfallet av tilbakeholdet i tråd med funnet *opplevelse av tvang* (moderat tillit).

Både funn i kvalitativ syntese og kvantitative studier om tilbakehold av gravide i institusjon uten eget samtykke, pekte på oppfølgingen i etterkant av utskrivelsen som en svært sentral utfordring knyttet til denne gruppen. Funnet *oppfølging etter tilbakeholdet* (høy tillit) fremhever at ivaretagelsen av kvinnene ikke er god nok i etterkant, og kvantitative funn i Reitan 2019 (80) tyder på at manglende oppfølging etter endt tilbakehold øker risikoen for tilbakefall og nye tvangsinnleggelser. Samlet sett er det behov for mer helhetlige og langvarige tiltak rettet mot mor og barn i etterkant, og bedre samhandling mellom tjenestene som skal ivare dem både underveis og etter at plasseringen er avsluttet.

Diskusjon

Hovedfunn

Vi inkluderte totalt 46 publikasjoner publisert mellom 2009 og 2024, som undersøkte forekomst, konsekvenser av eller erfaringer med tilbakehold og tvang i institusjon overfor personer med rusmiddelproblematikk. Noen av de inkluderte studiene undersøkte flere av våre forskningsspørsmål. Hele 30 studier undersøkte erfaringer med tilbakehold og bruk av tvang i institusjon hos voksne (n=12), unge (n=9) og gravide (n=9), fra brukere og ansattes perspektiver. Ingen studier undersøkte pårørendes erfaringer med tilbakehold eller bruk av tvang i institusjon. Det var 19 studier som undersøkte konsekvenser av tilbakehold og bruk av tvang i institusjon hos voksne (n=12), gravide (n=5) og unge (n=2), mens fem studier undersøker forekomst av tilbakehold av personer med rusmiddelproblematikk i institusjon. Ingen studier undersøkte omfang av tvangsbruk i institusjon overfor denne gruppen.

Hovedfunn om forekomst og omfang av tilbakehold og bruk av tvang i institusjon:

- Det fins begrenset kunnskap om forekomst og omfang av tilbakehold i institusjon overfor unge, voksne og gravide med rusmiddelproblematikk.
- Tall om barn og unge innhentet av prosjektgruppen viser at antallet hovedsaker knyttet til rusmiddelproblematikk har gått tydelig ned fra 2020 til 2024.
- For voksne tyder funnene i studiene på at forekomst av tilbakehold i institusjon økte markant i Norge fra 2001 til 2009. Tall innhentet av prosjektgruppen viser at antall hovedsaker gikk noe ned fra 2017 til 2024, med tydelige svingninger i perioden 2020-2024.
- Forekomst av tilbakehold i institusjon av gravide i Norge økte mellom 2001 og 2008, med en liten nedgang i 2009. Tall innhentet av prosjektgruppen viser en svak samlet økning i både midlertidige vedtak og hovedsaker i perioden 2017-2024, med tydelige svingninger i perioden 2020-2024, samtidig som antall klager på midlertidige vedtak har gått klart ned.
- Vi identifiserte ingen studier som sier noe om forekomst av tvang brukt i institusjon overfor ungdom, voksne eller gravide som er tilbakeholdt på grunn av rusmiddelproblematikk. Det var heller ikke mulig å innhente denne informasjonen for personer innlagt etter hol. §§ 10-2 eller 10-3.
- Det fins svært få studier som oppgir lengde på tvangsoppholdet, og som undersøker hvilken betydning lengden på tvangsoppholdet kan ha hatt for utfallene undersøkt.

Hovedfunn om konsekvenser av tilbakehold og bruk av tvang i institusjon:

For noen utfall er det deskriptive bildet ganske tydelig, i all hovedsak for voksne:

- Voksne ser ut til å ha høy dødsrisiko etter tvangsoppholdet, spesielt i perioden rett etter utskrivning.
- En betydelig andel oppnår bedring i rusmiddelbruk, kriminalitet og psykisk helse i en periode etter tvangsoppholdet.
- Personer som oppnår rusfrihet, har bedre helse og sosial fungering.
- Risikoen for tilbakefall og gjentatt tvangsplassering er høy.
- Det er meget stor usikkerhet knyttet til hvilke konsekvenser tvang i seg selv har overfor død, rusfrihet og fysiske- og psykiske helseutfall på kort- og lang sikt.
- Det er ikke mulig å fastslå hvorvidt tvang, slik den praktiseres i Norge og Sverige, gir bedre langsiktige utfall enn alternative tiltak.

Hovedfunn om erfaringer med tilbakehold og bruk av tvang i institusjon:

- Tvang forstås og oppleves ulikt. Innholdet i og hverdagen under tilbakeholdet, relasjonen og tilliten til ansatte, motivasjon og holdninger – samt hvorvidt pasientene opplever mening og medvirkning – er avgjørende for om tilbakeholdet oppleves som tvangspreget.
- Ulik forståelse av tvang og praksis knyttet til tvang, samt strukturelle rammebetingelser og relasjon mellom bruker og ansatt, påvirker både pasientenes og ansattes opplevelser av tvang, medvirkning og handlingsrom.
- Relasjonen til ansatte ser ut til å være sentral for motivasjon for rusfrihet, gjennom alliansebygging, tillit, trygghet og mestring.
- Ungdom som opplever oppholdet som meningsfullt, gjennom klare rammer og struktur, aktiviteter og tydelig behandlingsfokus tilpasser seg i større grad tvangsrammene, mens mangel på struktur, uforutsigbare regler og fravær av krav til deltagelse resulterer oftere i vedvarende motstand mot tvangsplasseringen.
- Personer som er tilbakeholdt bruker tid på å finne seg selv på nytt og oppnå ny innsikt i egen situasjon. Det resulterer i at den reelle tiden ansatte har til behandling ofte er langt mer avkortet enn tvangsplasseringens varighet tilsier.
- I Norge kan det se ut til at flere gravide legger seg inn frivillig etter § 10-4 enn tidligere. Flere gravide opplever et sterkt press, og noen trusler, om at konsekvensene ellers vil resultere i tilbakehold uten samtykke.

Hovedfunn fra flermetodisk syntese:

- Personer som tilbakeholdes i institusjon ser ut til å ha mer alvorlig rusmiddelbruk og flere sosiale og psykiske belastninger enn andre med alvorlige ruslidelser.
- Det er stor variasjon i brukernes opplevde virkning av tvang; opplevelsen er både ambivalent og mangeartet, der tilbakeholdet vurderes både krenkende og nødvendig på samme tid.
- Resultatene nyanserer skillet mellom «frivillighet» og «tvang», og tilsier at det ikke er juridisk status, men hvordan informasjon, involvering og relasjoner håndteres, som er viktigst for pasientenes subjektive opplevelse av tvang.
- Forholdet mellom frivillighet, tvang og motivasjon for endring og rusfrihet er komplekst og dynamisk. Tvang kan både hemme og fremme motivasjon, og funnene peker på sammensatte erfaringer med tilbakehold og bruk av tvang i institusjon, og

det fremheves en viktig balanse, der balansen mellom kontroll/grensesetting og støtte/omsorg blir avgjørende.

- Eventuelle positive konsekvenser og erfaringer med tvang ser ut til å være avhengige av hva som skjer under, men også særlig etter oppholdet. Det som skjer etter tilbakeholdet oppleves som avgjørende for stabilitet og å opprettholde rusfrihet. Også god oppfølging i etterkant av oppholdet løftes frem som svært viktig.

Overensstemmelse med andre litteraturoversikter og studier

Det ser ut til å fins lite forskning, inkludert kunnskapsoppsummeringer, om tilbakehold og bruk av tvang i institusjon overfor personer med rusmiddelproblematikk, sammenlignet med litteratur på tilbakehold og tvangsbruk i psykisk helsevern. Kunnskapssenteret for helsetjenesten gjennomførte riktignok en kunnskapsoppsummering om effekten av tvungen behandling for opioidavhengige i 2009, men forskerne fant ingen relevante studier (96). Vi har derfor valgt å diskutere funn som omfatter tvang i psykisk helsevern også, spesielt siden det vil kunne være overlapp mellom målgruppene. FHI har dessuten publisert to kunnskapsoppsummeringer om bruk av tvang og grensesetting i barnevernsinstitusjoner (97;98), der bruk av rusmidler ikke var en del av målsettingen, men flere av funnene like fullt er sammenfallende med våre funn i foreliggende oversikt.

Vi identifiserte en annen systematisk oversikt som undersøkte effekt av tilbakehold og tvungen behandling på personer med rusmiddelproblematikk (99). Oversikten av Bahji og medarbeidere inkluderte 42 studier med til sammen 354 420 personer med rusmiddelproblematikk (tre av studiene er inkludert også i vår oversikt (66;68;70)). De fleste studiene i Bahji og medarbeideres oversikt kom fra USA, Canada og Kina, og omhandlet blandede grupper med både alkohol- og andre rusmiddellidelser (66;68;70). De vanligste utfallene som ble målt var endringer i rusmiddelbruk, kriminalitet/tilbakefall til kriminalitet og hvor lenge pasientene ble værende i behandling. Det er viktig å understreke at denne oversikten benytter en mye bredere tilnærming til tvang enn vår oversikt, og inkluderer blant annet tvangsplassering og tvangsmedisinering. Litt over halvparten av studiene (22 av 42) sammenlignet tvang med frivillig behandling. Bare syv av disse fant bedre resultater i tvangsgruppen, og da gjaldt det nesten alltid bedre behandlingsretensjon (at folk «holder seg i» tiltaket); bare én studie viste redusert rusmiddelbruk, og denne forskjellen var ikke lenger tydelig ved lengre oppfølging. I ti studier var tvungen behandling knyttet til dårligere utfall enn frivillig behandling, og i fem studier var det ingen signifikante forskjeller. Oversikten påpeker videre at ingen av de 42 inkluderte studiene sammenlignet tvang med ingen behandling, som forfatterne argumenterer for at ville vært den mest relevante sammenligningen når man vurderer effektene/konsekvensene av tvang. Forfatternes konklusjoner er i tråd med våre – det eksisterende forskningsgrunnlaget kan ikke opplyse om tvang i seg selv er knyttet til bedre utfall, særlig på lang sikt, hos personer med rusmiddelproblematikk.

Videre samstemmer våre funn i stor grad med en systematisk litteraturoversikt gjennomført av Israelsson i 2021 (100). Israelsson undersøkte effekten av tvungen plasse-

ring i institusjon for voksne med rusmiddelproblemer. Oversikten fant at hvilket hjemmelsgrunnlag, altså hvorvidt personen var på tvungen eller frivillig plassering, ikke så ut til å påvirke gjennomføringen og utfallet av plasseringen. Det avgjørende var hvorvidt institusjonsplasseringen gjennomførte individuell kartlegging og tilbød et strukturert innhold eller behandling, og fant at dette så ut til å redusere rusmiddelbruken, kriminaliteten og øke overlevelsen. Videre fant den at oppstart av behandling i institusjonen og lengre behandlingstid var særlig viktig for personer med alvorlige rusmiddelproblemer og høy grad av samsykelighet. Til slutt fant oversikten at institusjonsoppholdet alene ikke var tilstrekkelig for varig endring, og trakk frem betydningen av planlagt og strukturert oppfølging også i etterkant av oppholdet (f.eks. videre behandling på frivillig grunnlag).

Våre funn samstemmer også i stor grad med en narrativ oversikt over forskning på tvang og sosial kontroll i rusbehandling, med særlig vekt på hvordan pasientene selv opplever press og tvang (101). Den viser at tvang brukes på svært utsatte grupper, og at spesielt noen pasienter sett i retrospekt, opplever tvangsinnleggelse som viktig for bedring – men under forutsetninger som har mer med innhold, relasjoner og oppfølging etter utskrivelse å gjøre enn med tvangshjemmelen i seg selv.

Studiene i vår oversikt som undersøkte tilbakehold av ungdom, voksne og gravide fant at personer som ble tilbakeholdt gjerne hadde flere tilleggsutfordringer utover alvorlig rusmiddelbruk. Våre funn samstemmer i stor grad med funn fra en kartlegging av behandlingsbehov blant brukere innlagt på LVM-institusjoner i Sverige i 2022 (102). I kartleggingen fant de høy psykiatrisk komorbiditet blant personene tilbakeholdt. I gjennomsnitt hadde kvinner 2,9 fastsatte diagnoser (inkludert diagnose for rusmiddelbruk), og menn i gjennomsnitt 2,7 diagnoser. Den mest vanlige tilleggsdiagnosen var ADHD (hos halvparten av brukerne) sammen med angstlidelse, mens en tredjedel enten var diagnostisert med depresjon eller angst, mens 2 av 10 var diagnostisert med PTSD.

Blant de inkluderte studiene i vår oversikt var det mange deltakere som hadde negative opplevelser av tvangsbruk og tilbakehold. Opplevelser av urett, emosjonelt ubehag, å føle seg som kriminell var noen av erfaringene som ble omtalt. Dette funnet samsvarer godt med lignende studier på tvang i psykisk helsevern, der lavere grad av tilfredshet, høyere grad av sinne, frustrasjon og ydmykelse var gjennomgående i pasientenes opplevelse av tvang (103-106), i tillegg til å føle seg urettferdig behandlet som kriminell (105). Et interessant funn i en studie som sammenlignet tvungen og frivillig innleggelse, var at deltakerne som var innlagt under tvang hadde lavest grad av tilfredshet ved innleggelse, men ved utskrivelse var forskjellen utjevnet, slik at forskjellen var minimal (104). Dette funnet kan sees i sammenheng med vårt funn om at lengden på opphold ser ut til å være av stor betydning for pasienters opplevelse av tvang, blant annet fordi det kan påvirke relasjon til behandler og motivasjon til endring. Det virker nærliggende å forvente at økt motivasjon og bedring i terapeutisk relasjon ville kunne ha en positiv virkning på pasientenes grad av tilfredshet over tid.

Det ble også påpekt noen nyanser i kartleggingsoversikten til Corderoy og medarbeidere (104). Selv om tolv inkluderte studier rapporterte om lavere tilfredshet med behandling i gruppen som var tvangsplassert, påpekte forskerne at fire studier rapporterte om ingen forskjell i tilfredshet med behandling mellom tvangsinnlagte og frivillig innlagte. Videre rapporterte en inkludert studie at blant studiepopulasjonen på over 3000 pasienter ønsket opp mot 30 % å bli innlagt. Vi kan se liknende linjer i vårt materiale – at opplevelsen av tvangsplassering ikke i alle tilfeller oppleves kun negativt, men kan også oppleves som et avbrekk fra rusen og en mulighet for å finne en vei ut av rusen. I både kvalitative og kvantitative data påpekes det at flere i etterkant opplevde plasseringen som nødvendig, og at de var glade for at noen grep inn.

En umiddelbar reaksjon på tvangsinnleggelse blant flere av pasientene i vår oversikt var at de følte seg overrumplet og at de hadde manglende informasjon om hva som foregikk. Dette samsvarer også med flere kunnskapsoppsummeringer på tvang i psykiatrien, der manglende informasjon er et gjennomgående tema (104;105). Det virker også som det ofte er forvirring rundt hvorvidt man er innlagt under tvang eller ikke, og opplevd tvang samsvarer ikke alltid med hvorvidt man faktisk er innlagt med tvangsvedtak. Dette sees både i det kvalitative og kvantitative materialet vårt. Det overensstemmer også med funn fra en systematisk oversikt hvor juridisk status (frivillig vs. tvangsinnlagt) ikke var en stabil prediktor for om pasienter opplevde situasjonen som tvangspreget (106). Det samme ble fremhevet i en narrativ gjennomgang av forskning på tvang i rusbehandling (101). Videre har flere studier funnet at voksne innlagt til tvungen psykiatrisk behandling hadde dårligere kjennskap til sin egen juridiske status enn de som var lagt inn frivillig (107;108).

En faktor som kan virke inn på hvorvidt pasientene føler seg informert eller ikke er kvaliteten på kommunikasjon med de ansatte. I funnet «Relasjon til ansatte» beskriver vi hvordan en god relasjon til behandler kunne øke forståelsen for oppholdet og dermed at man forstår at de ansatte ønsker å hjelpe. På samme måte beskriver flere studier hvordan gode kommunikasjonsferdigheter hos ansatte kunne bidra til en mer positiv opplevelse av tvangsbruk. Mange pasienter i psykiatrien verdsatte å forholde seg til behandlere som var flinke til å lytte og som var villige til å forklare om årsaken til tvangsbruk. Dessuten kunne kommunikasjonsteknikker som debrief-samtaler i etterkant av tvangsbruk gjøre det lettere å bearbeide opplevelsen og minimere sjansen for negative reaksjoner på sikt (103;105). På den annen side kunne negativ kommunikasjon, som det å unnlate å svare pasientene eller snakke nedlatende til dem, ha en direkte skadelig virkning på det terapeutiske forholdet (109;110).

Viktigheten av en god relasjon til behandler omtales også i litteraturen på tvangsbruk i barnevernsinstitusjoner. Kvalitative intervjuer med miljøterapeuter i norske barnevernsinstitusjoner viste hvordan ansatte som forholdt seg med omsorg og fleksibilitet hadde en bedre relasjon til ungdommene enn ansatte som var opptatt av streng håndheving av reglene (97). En slik terapeutisk relasjon kunne igjen være viktig for å forebygge vold og behovet for fremtidig bruk av tvang (97;98), noe som samsvarer med vårt funn om at en relasjon preget av åpenhet og tillit kunne motivere til positive endringer hos pasientene. Videre påpekes det i flere av de inkluderte studiene hvor viktig oppfølging i etterkant av innleggelsen er for hvordan denne populasjonen klarer seg. I en norsk studie med tidligere tvangsinnlagte ungdom kommer det frem at i tillegg til en

god relasjon med ansatte, er tilstrekkelig tid til rehabilitering og god sosial støtte, gitt i trygge omgivelser viktig (111;112).

Denne betydningen av en god relasjon til de ansatte sier noe om viktigheten av at barna kjenner de ansatte godt og vise versa. Dette tilsier at det kan by på store utfordringer dersom det er en ustabil bemanningssituasjon. I Helsetilsynets rapport *Tilsynsaktiviteter på barnevernsområdet – en sammenstilling og analyse av tilsynserfaringer og tilsynsfunn i 2022 og 2023* (94) blir det fremhevet at statsforvalterne beskriver en situasjon med høy turnover, rekrutteringsutfordringer og mye sykefravær ved landets barnevernsinstitusjoner, som gjør det vanskelig å beholde en stabil, kompetent personalgruppe. Som følge av dette rapporteres det om økt bruk av vikarer fra bemanningsbyråer, som også blir påpekt i Helsetilsynets årsrapport for 2024 (91). En viktig bekymring er at disse vikarene ofte ikke deltar i institusjonenes opplæringstiltak og derfor mangler nødvendig kompetanse og kjennskap til barna og rutinene. Denne ustabile bemanningssituasjonen knyttes direkte til økt utrygghet og uforutsigbarhet for barna: barn forteller at de blir usikre når de ikke vet hvem som kommer på jobb, eller når det til enhver tid er mange ukjente voksne på institusjonen. Statsforvalterne beskriver også at ustabil bemanning kan føre til unødvendig bruk av tvang eller til at nødvendige grenser ikke settes, og at noen institusjoner i perioder ikke har hatt rammer som gir forsvarlig omsorg og behandling nettopp på grunn av manglende kompetent bemanning.

Det å utsette mennesker for tvang innebærer en stor inngripen i selvbestemmelse og personlig frihet, og må begrunnes særskilt. Internasjonalt har tvungen plassering i institusjon ved rusmiddellidelser blitt kritisert for å kunne bryte med menneskerettighetene eller fungere som et sosialt kontrolltiltak der «uønskede» grupper fjernes fra det offentlige rom (100). Det etiske spørsmålet handler dermed ikke bare om tvang i seg selv, men om formålet med tvangen og innholdet i tilbudet. Dette kan sees opp mot hvordan pasienters rett til medvirkning er nedfelt i pasient og brukerrettighetsloven § 3 (113), i tillegg til at barn og unges rett til medvirkning er forankret i Lov om barnevern (§1-4) (13), i FNs Barnekonvensjon (artikkel 12) (114) og i Grunnloven (§ 104 første ledd) (115). Det er dessuten bred politisk støtte i Norden om betydningen av brukermedvirkning, noe som gjenspeiles i en rekke veiledere, forskrifter og politiske visjoner (116). Flere av våre kvalitative funn omtaler hvordan medvirkning påvirker opplevelsen av oppholdet, med spesiell vekt på at muligheten for dialog og medvirkning kan virke positivt på motivasjonen for endring. Studier på brukermedvirkning blant pasienter med rusmiddelproblematikk viser at pasienter er opptatt av å bli hørt og å delta i beslutninger, men at dette ofte ikke støttes opp under i praksis (117;118). En kunnskapsoppsummering som tok for seg perspektivene til personer med rusmiddel erfaring fant tre elementer de mente var avgjørende for hvorvidt man opplever reell medvirkning: 1) å bli sett og respektert som en unik person; 2) kvaliteten på interaksjonen med ansatte; og 3) et fleksibelt handlingsrom, både for personen og for ansatte innen systemet de jobber (119). Disse punktene samsvarer godt med funnene våre, spesielt de kvalitative funnene som omhandler relasjon med ansatte og opphold med mening.

Motivasjon for endring og rusfrihet ble omtalt i flere studier i denne oversikten, hvorav et av funnene var at frivillig plassering ikke alltid hadde en sammenheng med mer mo-

tivasjon for å bli rusfri. Denne observasjonen gikk igjen i både den kvalitative og kvantitative litteraturen. En interessant kontrast til dette funnet var fra en kartleggingsoversikt over ufrivillig psykiatrisk behandling, der flere studier fant en sammenheng mellom pasientenes opplevde tvang og redusert involvering i behandling (104). Med andre ord var det pasientene med høyest grad av opplevd tvang som var minst involvert i behandling. En mulig forklaring kan være, som nevnt over, at det ikke alltid er en direkte sammenheng mellom opplevelsen av å føle seg tvunget til behandling og det å være juridisk tilbakeholdt med tvang. Flere av pasientene som opplevde en høy grad av tvang kan ha vært innlagt frivillig, men samtidig vært mindre involvert enn de som var tilbakeholdt på reell tvang. Disse funnene illustrerer den kompliserte relasjonen mellom tvang og motivasjon, og hvordan faktorer som opplevd tvang og kunnskap om sin egen juridiske situasjon kan spille inn. En annen oversikt bringer inn kvalitetsaspektet knyttet til dette med motivasjon i tvangsoppholdet (101). De få inkluderte studiene som hadde målt dette fant at opplevd tvang henger sammen med mer kontrollert motivasjon (man gjør det fordi man må) og lavere grad av autonom motivasjon (man gjør det fordi man selv ønsker endring). Autonom motivasjon ved behandlingsstart er gjennomgående knyttet til bedre prosess og utfall – mer oppmøte, lengre frivillig retensjon, mindre bruk av rusmidler under behandling og bedre resultater på lengre sikt – mens kontrollert motivasjon gir mer blandede og ofte mindre stabile gevinster. Dette tilsier at det ikke kun er grad av motivasjon som har betydning for effekt av tvungen behandling, men også type motivasjon.

Flere kunnskapsoppsummeringer på tvang i psykisk helsevern omtalte også virkningen av tvang, både i form av opplevelser og erfaringer, og i form av kvantitative observasjons- og effektstudier. Vårt funn om at tvang under opphold på institusjon kunne føre til ytterligere bruk av tvang samsvarte med funnet til en annen oversikt som fant at pasienter innlagt på tvang hadde høyere sannsynlighet for å oppleve ytterligere bruk av tvang når man først var innlagt (104). Når det gjaldt endring av symptom bildet hos psykiatriske pasienter, fant man for det meste ingen forskjell mellom pasienter lagt inn frivillig og på tvang (104). Forfatterne foreslo at en mulig årsak kunne være at pasienter lagt inn på tvang gjerne har verre symptomer ved innleggelse og opplever større utbytte av behandlingen, slik at de ved utskrivelse har tilnærmet likt symptom bilde som de frivillig innlagte. En annen systematisk oversikt fant heller ingen klar sammenheng mellom grad av opplevd tvang og endring i symptomer, funksjonsnivå, reinnleggelse, engasjement i behandling eller tid i kontakt med tjenester (106).

Til tross for mange negative opplevelser knyttet til tvang var det også flere pasienter og ansatte som opplevde at tvangen kunne ha en positiv virkning. De opplevde at tilbakehold og grensesetting kunne bidra til positive endringer, opplevd mestring og personlig vekst. På samme måte opplevde pasienter i psykisk helsevern at bruk av mekaniske tvangsmidler, fastholding, skjerming og medisinerer kunne oppleves som en lettelse og kunne forhindre dem i å skade seg selv og andre. Skjerming og injeksjon av beroligende midler kunne også gi en mulighet til å hvile, reflektere, meditere eller be (105). Samtidig kunne det ha negative konsekvenser, både kortvarig og langvarig. Blant de kortvarige beskrev pasienter problemer som mareritt og søvnvansker som følge av mekanisk tvang, fastholding og medisinerer. Blant de langvarige konsekvensene beskrev

de lav selvtillit og selvfølelse, manglende tillitt til andre mennesker, frykt for lukkede rom, frykt for medisiner og frykt for å bli utsatt for ytterligere tvang.

I noen av de inkluderte kvantitative og kvalitative studiene er det en andel pasienter som, i retrospekt, var glade for at noen grep inn og at tvangsplasseringen var nødvendig. Dette samstemmer med funn fra en systematisk oversikt innenfor psykisk helsevern, hvor noen pasienter i ettertid uttrykte forståelse for at behandling var nødvendig, og at de kunne se “meningen” med tiltaket. Likevel så opphevet ikke det den opprinnelige opplevelsen av tvang som svært belastende (106).

Er kunnskapsgrunnlaget dekkende og anvendelig?

Dekkende

Kunnskapsgrunnlaget i denne oversikten har flere begrensninger knyttet til hvordan tvang og tilbakehold er definert og operasjonalisert i de inkluderte studiene. Begrepet «tvang» blir brukt på ulike måter, og det kommer ikke alltid tydelig frem om det dreier seg om tilbakehold basert på tvang eller frivillighet, eller andre tvangstiltak under et institusjonsopphold. I flere kvalitative studier av gravide og voksne er det uklart om hjemmelsgrunnlaget endrer seg underveis i gjennomføring av tvangsvedtaket, dvs. om pasientene går over til frivillig plassering eller frivillig behandling, f.eks. om det å samtykke til behandling mens man er innlagt med et vedtak om tilbakehold uten samtykke i praksis innebærer at det juridiske grunnlaget endres til tilbakehold med samtykke. En annen utfordring er at i de kvalitative studiene med voksne består informantgruppen ofte av en blanding av pasienter med frivillig og tvungen plassering i institusjon. Forfatterne skiller ikke alltid mellom hvilke funn eller utsagn som kommer fra de respektive gruppene, noe som gjorde det vanskelig for oss å skille ut hvilke funn som kun handlet om tilbakehold på tvang og om annen bruk av tvang i institusjon mellom gruppene.

Vi inkluderte studier om tilbakehold og bruk av tvang i institusjon overfor personer med rusmiddelproblematikk innlagt etter bestemmelser i helse- og omsorgstjenesteloven (eller tilsvarende bestemmelser i Sverige og Danmark). I studier med blandede populasjoner av ungdom med atferdsvedtak inkluderte vi de delene av materialet som omhandler ungdom tilbakeholdt på bakgrunn av rusmiddelproblematikk etter barnevernloven (og tilsvarende LVU i Sverige og relevante bestemmelser i Danmark), der som separate resultater ble oppgitt for disse. Samtidig ekskluderte vi en rekke studier der det ikke var mulig å avklare hvilket lovgrunnlag deltakerne var innlagt på, eller der det var uklart om det faktisk forelå tvang. Dette gjør funnene i denne systematiske oversikten både overførbare til en norsk kontekst, og i overensstemmelse med gjeldende lovverk på feltet i Norge.

Videre valgte vi å ekskludere populasjoner innlagt etter psykisk helsevernloven. Dette innebærer en potensielt viktig avgrensning, ettersom denne typen tvangsbruk er blant de mest utbredte i nordiske land. Det betyr at vi kan ha gått glipp av studier som kunne ha belyst våre forskningsspørsmål ytterligere, og som kunne gitt et bredere bilde av hvordan tvang oppleves og virker på tvers av pasientgrupper. For de svenske kvantitative studiene som bruker data om personer tvangsinnlagt etter LVM-loven basert på SiS

registerdata, innebærer dette en ekstra seleksjon av studiepopulasjonen. Dette er fordi kun de som samtykker til at opplysningene deres kan brukes til forskning, inngår i datagrunnlaget. Det er sannsynlig at de som gir slikt samtykke skiller seg fra dem som ikke gjør det, men vi har ikke informasjon om hvordan de eventuelt er forskjellige.

Det er også verdt å påpeke at det på grunnlag av funn i våre inkluderte studier ser ut til at mange av brukerne har flere utfordringer, og mange har såkalte ROP-lidelser (rus- og psykiske lidelser). Hvilket grunnlag disse brukerne til slutt blir plassert på, virker til en viss grad «tilfeldig», og flere beslutningstakere beskriver en form for forhandling der de «velger» den utfordringen hos brukeren som gir best mulighet for tilbakehold. Denne avgrensningen ga oss ikke muligheten til å undersøke om tvang har ulik betydning for ulike pasientgrupper og til å gi et mer helhetlig kunnskapsgrunnlag om tvang i institusjon. En grundigere undersøkelse av det som skjer i forkant av vedtak og innleggelse, kunne også avdekket de vurderingene som blir gjort av brukernes utfordringer og behov når beslutningene tas. Dette bør også sees i sammenheng med hvordan gjeldende lovverk fortolkes i møte med den enkelte bruker. Samtidig er det viktig å påpeke at det fins sentrale forskjeller i anvendelsen av tvang som kan virke inn på overførbarheten av funn fra studier om personer tilbakeholdt etter lov om psykisk helsevern.

Et annet gjennomgående problem er at samtykkekompetanse i liten grad drøftes eksplisitt. Få, om noen, studier diskuterer systematisk hvorvidt personer med alvorlig rusmiddelproblematikk som er tilbakeholdt med eller uten samtykke, anses å ha samtykkekompetanse, og hvordan de selv forstår sin situasjon på tidspunktet for tilbakehold. Det betyr også at det i liten grad reflekteres over mulige forskjeller mellom dem som samtykker til tilbakehold og dem som ikke gjør det. Enkelte funn om endring over tid, der tvang beskrives som et «nødvendig avbrekk» eller en pause, kan indikere at noen personer i liten grad forsto eller erkjente egen situasjon da tvangen ble iverksatt, men dette tematiseres i liten grad eksplisitt. I kvalitative studier av gravide berøres dessuten etiske og praktiske problemstillinger knyttet til graviditet og abort under tilbakehold bare i begrenset grad, selv om dette potensielt er et sentralt tema for denne gruppen.

Blant de kvantitative studiene av voksne og gravide er det betydelig overlapp i utvalgene, slik at de samme deltakerne ofte inngår i flere publikasjoner. Dette betyr at det reelle antall unike deltakere er lavere enn en kan få inntrykk av ved å se på det totale antallet studier inkludert i denne oversikten. I våre analyser tok vi hensyn til at det var de samme deltakerne i flere publikasjoner. Videre ser det ut til at en stor andel av deltakerne har langvarig og alvorlig rusmiddelbruk, med en høy andel personer som tidligere har vært tvangsplassert. Dette tyder på at kunnskapsgrunnlaget i stor grad beskriver erfaringer og forløp hos personer med omfattende og langvarige problemer. Det er uklart i hvilken grad personer som kun har vært innlagt én gang, eller personer med mindre alvorlig rusmiddelproblematikk, er representert. Dersom slike grupper i mindre grad lar seg intervju eller følges opp over tid, kan oversikten gi et mindre nyansert bilde av opplevd virkning av tvang enn det som gjelder for gruppen av personer med rusmiddelproblemer som tilbakeholdes i institusjon som et hele.

I de inkluderte studiene utføres det få analyser eller presenteres funn som sier noe om mulige kjønnsforskjeller mellom kvinner og menn som tilbakeholdes i institusjon. I de kvalitative studiene skilles det i liten grad på informantene basert på kjønn, og vi vet ikke om opplevelser knyttet til tilbakehold eller opplevd virkning av tvang i institusjon er forskjellig mellom kjønnene. I de kvantitative studiene er det tendenser til en liten overvekt av menn i utvalgene, og at menn har noe høyere risiko for å negative helseutfall, men uten at dette undersøkes nærmere.

Kunnskapsgrunnlaget viser at det mangler oversikt over både tilbakehold og omfang av tvangsvedtak i rusinstitusjoner. For tilbakehold i institusjon fikk vi innhentet data for voksne og barn, men ikke gravide, mens arbeidet med å innhente tall for bruk av tvangstiltak på institusjon etter hol. viste seg å være svært krevende. Til tross for at institusjonene etter forskriften er pålagt å føre protokoll over vedtak og avgjørelser om bruk av tvang, fins det ingen sentralisert innrapportering eller nasjonal oversikt over denne praksisen. Statsforvalteren fungerer som klageinstans i enkeltsaker og skal på forespørsel kunne få forelagt protokoller, men det foreligger ikke noe krav om rutinemessig oversendelse eller aggregering av data. Dermed blir tall over tvangsbruken kun tilgjengelig dersom det foreligger en konkret forespørsel, for eksempel i forbindelse med tilsyn eller klagesaker.

Helsedirektoratet bekrefter at det tidligere var en innrapportering av klager på tvangsvedtak fra fylkesembetene, men at denne praksisen ble avvirket for over ti år siden som ledd i en generell reduksjon av rapporteringsplikter. Følgelig fins det i dag ingen nasjonal statistikk over omfang, type eller utvikling av tvangstiltak ved institusjoner for voksne med rusmiddelproblematikk, etter personen har blitt innlagt. Dette står i kontrast til psykisk helsevern, der tvangsbruk rapporteres løpende og systematisk til Helsedirektoratet. At tilsvarende ordning ikke gjelder for voksne plassert etter hol., innebærer at det mangler grunnlag for å følge med på rettssikkerheten til pasientene, evaluere praksis og vurdere eventuelle endringer over tid.

Konsekvensen av dette er at ansvaret for dokumentasjon og innsyn i praksis blir overlatt til enkeltaktører og lokale initiativ. Uten en nasjonal oversikt er det ikke mulig å si noe presist om omfanget av bruk av tvang eller variasjoner mellom institusjoner og regioner. Dette skaper betydelig usikkerhet om hvordan lovverket faktisk praktiseres, og gjør det vanskelig å etterprøve om formålet med tvangsbestemmelsene – å ivareta helse og liv i situasjoner der frivillighet ikke fører frem – realiseres i praksis.

Anvendelig

At det ikke fins en samlet oversikt over tvangsbruk i rusinstitusjoner, bør betraktes som en kunnskapsmessig og forvaltningsmessig svakhet. I et rettssikkerhets- og pasientperspektiv fremstår det som problematisk at samfunnet har etablert en lovhjemmel for alvorlige inngrep i enkeltpersoners autonomi uten samtidig å sikre mekanismer for systematisk rapportering og oppfølging.

Grunnet begrensningene beskrevet over vedrørende de kvantitative studiene, kan resultatene i denne oversikten benyttes for å beskrive sammenhenger mellom tvang og

utfallene studert i kliniske populasjoner lik studiepopulasjonene, men ikke for å trekke kausale slutninger om effekter av tvang på kort og lang sikt. På den andre siden, kunnskapsgrunnlaget i denne oversikten vurderes som godt anvendelig for å belyse hvordan tilbakehold og bruk av tvang praktiseres og oppleves i skandinaviske institusjoner for personer med rusmiddelproblematikk, samt ansattes erfaringer med og opplevelse av tvangsbruk.

De fleste inkluderte studier er gjennomført i Norge, Sverige og Danmark, innenfor lovverk og institusjonsstrukturer som er sammenlignbare. Det har heller ikke vært vesentlige endringer i disse lovverkene når det gjelder tilbakehold og bruk av tvang i institusjon overfor personer med rusmiddelproblematikk siden tidlig 2000-tall. Funn fra studier som er gjennomført over hele denne perioden vurderes derfor som relevante også i dag. Oversikten gir derfor et relevant grunnlag for å forstå praksis, kontekster og erfaringer med tvang hovedsakelig i en norsk og svensk sammenheng. Særlig er kunnskapsgrunnlaget anvendelig for å belyse hvordan pasienter og ansatte opplever tilbakehold og tvangstiltak, hvilke etiske dilemmaer som oppstår, og hvilke forhold ved rammer, relasjoner og institusjonskultur som ser ut til å påvirke hvordan tvangen erfares. I de kvalitative studiene varierer forståelsen av hva informantene legger i «tvangsbegrepet», og grensene mellom tvang, press og frivillighet er ikke alltid tydelige. Selv om «tvang er tvang» for mange av dem som intervjues, gir denne variasjonen også viktig innsikt i hvordan ulike former for påvirkning og kontroll oppleves i praksis.

Den flermetodiske syntesen, kombinert med vurdering av tillit til de kvalitative funnene med GRADE-CERQual, bidrar til at resultater fra ulike studietyper kan ses i sammenheng og gi et nyansert grunnlag for faglige og politiske drøftinger, retningslinjearbeid og tjenesteutvikling på feltet.

Kan vi stole på kunnskapsgrunnlaget?

Datamaterialet bygger på et bredt spekter av studiedesign og datakilder. Datamaterialet består av store nasjonale og regionale registerstudier med avanserte analyser som undersøker sammenhenger mellom tvangsplassering, dødelighet og andre utfall. I tillegg til prospektive longitudinelle kohorter som følger ungdom i ruskollektiv inntil ti år med standardiserte måleinstrumenter på en rekke livsdomener, omfattende evalueringer av norsk tvangslovgivning som kombinerer spørreundersøkelser, registerdata, dokumentanalyse, samt kvalitative intervjuer med både klienter og ansatte i sosialtjeneste, fylkesnemnder og institusjoner. I tillegg inngår nyere kvalitative og flermetodiske studier fra barnevernsinstitusjoner og ruskollektiver som inkluderer et større antall informanter – både ungdom, ansatte og beslutningstakere – og som belyser grensedragninger mellom frivillighet, tvang, omsorg og behandling i detalj. Materialet dekker ulike institusjonstyper (ruskollektiv, småtiltak, ene-/alenetiltak, spesialiserte tilbud for gravide) og ulike målgrupper (ungdom, voksne, gravide), noe som gir et rikt grunnlag for å forstå hvordan tvang praktiseres og oppleves i ulike kontekster. Samlet gir dette gode muligheter for metodisk og tematisk triangulering av praksis, sammenhenger (begrenset til de utfallene som er studert) og erfarte konsekvenser av tvang i institusjon.

For de kvantitative studiene er det vanskelig å avgjøre om observerte utfall faktisk kan tilskrives tvangen i seg selv, eller om andre forhold ved institusjonsoppholdet, som behandlingsinnhold, oppfølging eller relasjoner til ansatte, er mer avgjørende for endring. Selv om det er en styrke at flere studier sammenligner tvangsinnlagte med frivillig innlagte, er det et gjennomgående problem at disse gruppene gjerne skiller seg fra hverandre på flere områder enn plasseringsgrunnlaget. Selv avanserte statistiske justeringer kan heller ikke fullt ut eliminere seleksjon og forvekslingsfaktorer når effekter av tvang sammenliknes med frivillig behandling. Videre er det flere av de kvantitative studiene som påpeker et høyt frafall ved oppfølgingstidspunkt. Flere av de kvalitative studiene har små og/eller selekterte utvalg, med risiko for at de som lar seg intervju, både blant ungdom, voksne og ansatte, ikke er representative for hele målpopulasjonen. Både i kvalitative og kvantitative studier kan det være en skjevhet ved at de som deltar, i større grad enn ikke-deltakere, er mer positive til egen tvangsplassering, har bedre relasjon til tjenestene eller har klart seg bedre over tid. Videre kan de som svarer på spørreundersøkelser over tid være de som har mest stabile eller gode forløp, mens personer med mer belastede forløp i større grad faller fra. Flere studier påpeker selv at utvalgene domineres av personer med narkotikadominert misbruk, omfattende komorbiditet og komplekse sosiale problemer, mens andre grupper (for eksempel primært alkoholavhengige) er underrepresentert.

I vår vurdering av metodiske begrensinger ser vi at det er flere av de kvalitative studiene som har påfallende lite refleksjon rundt forskerrollen og etiske aspekter ved studien. Ettersom tvang er et alvorlig inngrep i autonomi, integritet og ofte bevegelsesfrihet, stiller dette særlig høye krav til etisk begrunnelse, uavhengighet og beskyttelse av deltakerne. Dersom studier gjennomføres av forskere med tett tilknytning til tjenestene som utøver tvang, eller som har personlige erfaringer relatert til tvang, uten at dette drøftes som en mulig kilde til skjevhet, øker risikoen for at tolkningen av dataene blir farget av forskernes ståsted. Dette bidrar til å svekke transparensen og gjør det krevende å vurdere hvor robuste funnene er.

En fellesnevner ved både de kvalitative og kvantitative funnene er at personer med rusmiddelproblematikk tilhører en sårbar gruppe, ofte med alvorlige rusmiddelproblemer, komorbiditet og pågående relasjoner til tjenester ansvarlige for behandling av rusmiddelproblematikken. I tillegg vil de som gjennomfører kvalitative intervjuer ofte inneha en maktposisjon (f.eks. forskere, klinikere e.l.). I kontrast til kvantitative spørreundersøkelser som ofte kan besvares uten andre personer til stede, vil de fleste intervjuer gjennomføres ansikt-til-ansikt. Denne mangelen på anonymitet i intervjusituasjonen, kombinert med en ubalanse i maktforholdet, vil kunne styrke respondentenes behov for å svare i tråd med det de forventer at intervjueren ønsker – dvs. sosial ønskelighet, en tendens til å besvare i henhold til hva man mener er sosialt akseptabelt (120). Et visst nivå av sosial ønskelighet vil trolig alltid være til stede i de fleste studier, men når forskerne i et stort antall studier ikke reflekterer tilstrekkelig rundt sin egen rolle og ikke tar stilling til etiske problemstillinger ved studiepopulasjonen, innebærer dette en betydelig risiko for at funnene kan være preget av slike metodiske begrensninger. I vår oversikt har vi belyst disse svakhetene gjennom vurderingen av metodiske begrensninger, som er med på å danne grunnlaget for vurdering av tillit. Her bør det påpekes at manglende rapportering ikke nødvendigvis innebærer svikt fra forskernes side, men

når man unnlater å vie fokus til disse viktige problemstillingene vurderer vi det som en risiko for at studien kan være mangelfull på disse områdene.

Til sammen virker datamaterialet godt egnet til å beskrive praksis, kontekster og erfaringer med tvang, samt i noen grad sammenhenger med et begrenset utvalgte utfall, men det gir ikke grunnlag for kausale slutninger om effekt av tvang på langsiktige utfall. Det er også noen betydelige svakheter når det kommer til forskernes manglende refleksjoner og rapportering om etiske forhold i en stor andel av datamaterialet.

Styrker og svakheter ved denne systematiske oversikten

Denne flermetodiske systematiske oversikten har flere styrker. Vi utarbeidet en detaljert prosjektplan i samarbeid med fageksperter og fremtidig brukere av oversikten. Oversikten bygger på et grundig og systematisk litteratursøk etter studier publisert mellom 2015 og 2025 i flere relevante databaser, basert på en eksplisitt og forhåndsdefinert søkestrategi. I tillegg gjennomførte vi omfattende søk etter litteratur fra andre kilder (litteratur som ikke er indeksert i vanlige databaser), og vi benyttet kunnskapsgrafen OpenAlex til to supplerende søk, blant annet med utgangspunkt i de studiene som ble inkludert gjennom det systematiske søket og grå-litteratursøkene. Dette gir et bredt og robust utgangspunkt for å fange opp majoriteten av relevant forskning. Samtidig kan vi ikke utelukke at enkelte relevante studier likevel kan ha blitt oversett.

Oversikten inkluderer både kvantitative og kvalitative studier, samt én flermetodisk studie, der kvalitative studier utgjør hovedtyngden av datamaterialet. Resultatene omfatter i hovedsak pasienters og ansattes opplevelser og erfaringer med tvang, samt sammenhenger mellom tvang og ulike utfall. At vi identifiserte et relativt stort antall både kvantitative og kvalitative studier, gjør at funnene i større grad kan sees i sammenheng, nyanseres og underbygges på tvers av metoder og populasjoner. Videre vurderte vi tillit til de kvalitative resultatene ved hjelp av GRADE-CERQual, og vi syntetiserte de kvalitative og kvantitative funnene i en flermetodisk tilnærming der resultater på tvers av studier og metoder er vurdert opp mot hverandre. Flere studier peker i samme retning for ulike undergrupper og kontekster, noe som samlet gir et stort og rikt datagrunnlag med mange relevante funn som underbygger hovedkonklusjonene.

Oversikten har også flere begrensninger. I motsetning til de kvalitative funnene, der tillitten ble vurdert med hjelp av GRADE CERQual, vurderte vi ikke tillit til de kvantitative resultatene med GRADE, blant annet på grunn av stor heterogenitet i utfallsmål. Dette innebærer at vi ikke utførte systematiske vurderinger av bl.a. direkte overenstemmelse med forskningsspørsmålet, inkonsistens i effektstørrelser, usikkerhet på grunn av små utvalg/få hendelser eller publikasjonsskjevhet.

Kunnskapshull og behov for mer forskning

Det foreligger flere tydelige kunnskapshull knyttet til tilbakehold og bruk av tvang i institusjon overfor personer med rusmiddelproblematikk. For det første er kunnskapsgrunnlaget svakt når det gjelder forekomst og omfang av tilbakehold og bruk av tvang i

institusjon. De inkluderte studiene, supplert med tilgjengelige forvaltningsdata, gir bare delvis informasjon om hvor mange som tilbakeholdes i institusjon, og i svært begrenset grad om hvor ofte konkrete tvangstiltak brukes etter at personer er innlagt i institusjon. Manglende eller ulik innhenting av tvangsprotokoller og fravær av systematisk rapportering av plasseringsgrunnlag og tvangstiltak, gjør det svært vanskelig å si noe om forekomst, omfang og utviklingen av tvangsplasseringer og andre tvangstiltak. Det er behov for bedre og mer standardisert registrering og rapportering på nasjonalt nivå for personer plassert etter alle aktuelle lovhjemler, for å gjøre det mulig å beskrive både tvangsplasseringer og konkrete tvangstiltak over tid.

Når det gjelder konsekvenser av tvang på kort og lang sikt, peker denne oversikten på et betydelig behov for mer og bedre forskning. Dagens kunnskapsgrunnlag består i hovedsak av observasjonelle studier, hvor studiepopulasjonene har komplekse og sammensatte utfordringer som mest sannsynlig ikke representerer hele målpopulasjonen. Det er også stor overlapp i utvalg og betydelig heterogenitet i både utfallsmål og operasjonalisering av tvang. I en norsk kontekst er behov for kvantitative studier med mer robust design, for eksempel bruk av registerkoblinger, bedre justering for forvekslingsfaktorer, tydeligere beskrivelser av behandlingsinnhold og faktisk deltakelse i tiltak, og mer systematisk oppfølging over tid.

Flere studier sammenligner personer plassert i institusjon med tvang og frivillig plasserte, men dette er i seg selv ikke nødvendigvis en hensiktsmessig eller lett tolkningsbar sammenlikning. Verken personer plassert på tvang eller frivillig er forpliktet til å ta imot behandling etter plassering i institusjon, og i publikasjonene er det ofte begrenset informasjon om hva de faktisk har deltatt i av behandlingstiltak og aktiviteter. Uten god kontroll for faktisk behandlingsdeltakelse og innholdet i oppholdet, er det vanskelig å vite om observerte forskjeller mellom gruppene kan tilskrives selve tvangsplasseringen eller om det kan tilskrives andre forhold. Det mangler også forskning som undersøker mulige forskjeller mellom kvinner og menn tilbakeholdt i institusjon, både når det kommer til forekomst av tilbakehold, hvem som takker ja til behandling under tilbakeholdet, om mulige kjønnsforskjeller i utfall og opplevd virkning.

Vi vet også lite om langtidsvirkningene etter tvangsoppholdet, både for dem som avslutter oppholdet uten videre behandling og for dem som takker ja til frivillig behandling etter endt tvangsopphold, og gjelder både ungdom, voksne og gravide. Det er tillegg behov for studier som undersøker kumulativ risiko, blant annet hvordan gjentatte tvangsplasseringer og andre belastninger som psykiske lidelser og kriminalitet, virker sammen over tid. Videre peker mange studier på betydningen av god oppfølging i etterkant av oppholdet for å øke sannsynligheten for positive utfall, og beskriver både høy sårbarhet og lav toleranse for rus rett etter avsluttet tilbakehold. Dette er et område hvor mer forskning er særlig viktig.

På det kvalitative feltet viser oversikten at vi har et rikt, men også skjevt og metodisk ujevnt kunnskapsgrunnlag. Mange av de inkluderte studiene omhandler personer med langvarig og omfattende rusmiddelbruk og gjentatte tvangsplasseringer, noe som kan gi et mindre nyansert bilde av hvordan tvang oppleves og virker i den bredere gruppen

av personer med rusmiddelproblematikk, for eksempel de som opplevde positive varige utfall ved første tilbakehold.

Når det gjelder pårørende, er kunnskapsgrunnlaget særlig svakt. Ingen av de inkluderte studiene har pårørende som egen deltakergruppe, og det fins dermed ingen studier som systematisk undersøker voksne pårørendes synspunkter eller erfaringer med tilbakehold og tvang i institusjon, enten det gjelder ungdom, gravide eller voksne. Pårørendes rolle omtales kun sporadisk, enten av brukerne selv eller av ansatte i sosialtjenestene eller institusjonene. Noen ansatte beskriver hvordan sterkt engasjerte pårørende som krever tvangsinnleggelse kan skape et krysspress, særlig når pårørendes ønsker ikke sammenfaller med klientens ønsker og hensynet til klientens autonomi. I enkelte tilfeller knyttes dette også til frykt for alvorlige hendelser, overdoser eller negativ medieoppmerksomhet dersom tvang ikke brukes. Noen pasienter beskriver pårørende som en viktig praktisk og emosjonell støtte, mens andre har brutte relasjoner eller ønsker lite kontakt. Ansatte beskriver at motstridende ønsker mellom familie og den tilbakeholdte kan gjøre samarbeidet krevende. Kun én studie drøfter mer systematisk ungdommenes syn på pårørende og deres rolle, og beskriver hvordan plassering utenfor hjemmet i noen tilfeller ga foreldrene mulighet til å tre ut av en fastlåst grense-settingssituasjon, og hvordan relasjonen kunne bedres over tid. Med få studier og få deltakere gir disse funnene bare svake indikasjoner og har begrenset anvendelighet. Det er et betydelig behov for forskning som inkluderer pårørende som egen målgruppe, både voksne og barn av rusavhengige, og som undersøker deres holdninger og erfaringer med tilbakehold og tvang, samt deres opplevelser av tilbudet som gis under og etter oppholdet. Slike studier bør ideelt sett kobles til både pasientenes og ansattes erfaringer for å gi et mer helhetlig bilde.

Det er forsket langt mer på personer tilbakeholdt i institusjon etter Lov om psykisk helsevern. Å inkludere forskning om personer tilbakeholdt etter bestemmelsene i dette lovverket kunne ha bidratt til å dekke noen av hullene i kunnskapsgrunnlaget. Selv om det er noen vesentlige forskjeller i bestemmelsene om tvangsbruk og type tvang som kan anvendes i de ulike lovbestemmelsene, er det trolig flere likheter i utfordringsbildet mellom disse gruppene. I tillegg har trolig flere av de som tidligere har vært tvangsplassert vært plassert etter bestemmelsene i Lov om psykisk helsevern og vise versa. Det hadde derfor vært nyttig med forskning som undersøker betydning av tilbakehold og tvang for de ulike pasientgruppene i sammenheng.

Resultatenes betydning for praksis

Funnene i denne oversikten har flere potensielle implikasjoner for praksis ved tilbakehold og tvang i institusjon overfor personer med rusmiddelproblematikk.

Det er store variasjoner i hvordan institusjoner praktiserer bestemmelsene i rettighetsforskriften og hvordan ordningene i institusjonene er. Ulike rammer, regler og struktur, ulike behandlingstilbud, og ulike turnusordninger og forståelse av tvang og når tid tvang kan anvendes hos ansatte fører til forskjeller i hvordan tvang praktiseres i de

ulike institusjonene. Det gjør at det er vanskelig å knytte funn om tilbakeholdets virkning kun til tvangsbruken i seg selv, og forklarer trolig en del av variasjonene i funnene om konsekvenser og opplevd virkning som fremkommer i denne oversikten.

Et gjennomgående funn er at det ikke nødvendigvis er hjemmelsgrunnlaget – frivillig eller tvang – som avgjør hvordan pasienter opplever oppholdet. Flere frivillig innlagte rapporterer opplevelse av press, mens enkelte som er lagt inn på tvang ikke er klar over sin egen juridiske status. Derimot er relasjonene til ansatte, hvordan informasjon og rammer formidles, graden av medvirkning, innholdet i tilbudet og hvorvidt det oppleves meningsfullt, av stor betydning for pasientenes opplevelse. Disse funnene støttes også av annen forskningslitteratur på feltet som også finner at juridisk status sjelden samsvarer direkte med opplevd tvang, samtidig som litteraturen gjennomgående påpeker viktigheten av god relasjon mellom behandlere og pasienter. I praksis kan denne kunnskapen benyttes for å bedre oppholdet for pasienter ved institusjoner ved å tilby aktiviteter som oppleves som meningsfulle, kommunisere tydelig og transparent om tvangsbruk og tilbakehold (spesielt i forkant av plassering), samt å målrettet satse på relasjonsbygging og brukerinvolvering.

Under tilbakehold i institusjonen ser synet på oppholdet og tvangen ut til å endre seg over tid hos mange av de som er tilbakeholdte, og knyttes til gradvis økt egenmotivasjon for rusmiddelfrihet. Det er trolig flertallet av de som har blitt tilbakeholdt som også takker ja til videre frivillig behandling. Det indikerer at lengden på oppholdet trolig er av betydning for hvilken innvirkning tilbakeholdet har på den enkelte. Et annet viktig funn er at tiden etter tilbakeholdet ofte er avgjørende. Mange av brukerne tilbakeholdt har flere tidligere tvangsinnleggelser og behandlingsopphold bak seg, og kan indikere at tilbakehold alene trolig ikke er tilstrekkelig for å oppnå varig rusfrihet. Mangelfull oppfølging i etterkant fremstår som et sårbart ledd, særlig for gravide og personer med omfattende rusmiddelbruk og psykiske helseproblemer. For å redusere risiko for tilbakefall og tidlig død bør etterbehandling og langvarig oppfølging ses som en integrert del av tiltaket – som et obligatorisk tilbud fra tjenestetilbyders side. For politikere og ledere betyr dette at det må sikres tilstrekkelige ressurser og tverrsektorielle strukturer som gir sammenhengende oppfølging over tid.

Til slutt viser funnene at tvang kan oppleves både som belastende og som en nødvendig hjelp. Denne ambivalensen understreker at tvang som tiltak må brukes med varsomhet og et tydelig faglig og etisk fundament. For beslutningstakere innebærer dette at politikkutforming bør være basert på en nyansert forståelse av tvang – der fokus ikke kun rettes mot selve hjemmelsgrunnlaget, men mot kvaliteten i hele tjenesteforløpet.

Konklusjon

I denne flermetodiske oversikten undersøkte vi forekomst, konsekvenser av og erfaringer med tilbakehold og tvang i institusjon overfor unge, voksne og gravide med rusmiddelproblematikk. Vi inkluderte 46 publikasjoner med 35 unike utvalg fra Norge, Sverige og Danmark publisert i perioden 2009-2024.

Kunnskapsgrunnlaget om forekomst og omfang av tilbakehold og tvang i institusjoner er svært begrenset, og vi fant kun tre studier som rapporterte noe data om forekomst av tilbakehold uten eget samtykke. Ingen studier beskrev forekomst av tvangstiltak i institusjon. Tall fra Barneverns- og helsenemnda ble innhentet av prosjektgruppen, og de viser at antall vedtak om tilbakehold har vært relativt stabilt de siste ti årene for både voksne og gravide. Ungdomsvedtak begrunnet med rusmiddelproblematikk har hatt en liten nedgang i perioden 2020-2024. Det mangler fortsatt en samlet oversikt over hvordan og hvor ofte tvang praktiseres i institusjon overfor voksne, barn og gravide innlagt med rusproblematikk.

Den tilgjengelige forskningen gir et begrenset og metodisk svakt grunnlag for å vurdere konsekvensene av tilbakehold og bruk av tvang i institusjon. Studiene beskriver en gruppe brukere med svært omfattende rusmiddelrelaterte, psykiske- og sosiale belastninger, høy dødsrisiko og betydelig behov for helhetlige tjenester. Selv om mange oppnår kortvarige forbedringer i rusmiddelbruk, helse og fungering, kan funnene ikke brukes til å konkludere med at tvang i seg selv gir bedre eller dårligere utfall på kort eller lang sikt. Det fins heller ikke sikre resultater som peker på at tvang gir bedre resultater enn frivillig innleggelse.

Opplevelsen av tilbakehold og tvangstiltak er sammensatt og ofte ambivalent. Mange beskriver tvang som krenkende og urettferdig, mens andre opplever tvang som nødvendig for å skape rom for refleksjon og endring. Relasjon til ansatte, meningsfullt innhold under oppholdet og tilstrekkelig tid fremstår som avgjørende for motivasjon og opplevelse av tvang, og dette fremstår viktigere enn juridisk status på tilbakeholdet. Dette gjenspeiles i at pasienter innlagt både frivillig og på tvang kan oppleve å være presset til innleggelse – og oppleve stor grad av tvang under oppholdet.

Oppfølging i etterkant fremstår som spesielt kritisk, og mangelfull oppfølging bidrar til økt risiko for tilbakefall, gjentatte tvangsinnleggelser og tidlig død. Det er betydelige kunnskapshull, særlig om virkninger for barn og unge, pårørendes erfaringer, og tallfestede data om faktisk bruk av tvangsmidler. Samlet sett understreker funnene behovet for helhetlige og individuelt tilpassede tiltak, både under og etter tilbakeholdet.

Referanser

1. Bakken K, Landheim AS, Vaglum P. Primary and secondary substance misusers: do they differ in substance-induced and substance-independent mental disorders? . Alcohol and Alcoholism 2003;38(1):54-9. DOI: 10.1093/alcalc/agg012
2. Bramness JG. Rusmiddellidelser i Norge. Folkehelse rapporten 2022.
3. Lægreid LM, Bruarøy S, Reigstad H. Fosterskade ved alkoholbruk i svangerskap. Tidsskrift for Den norske legeforening 2005;4(125):445-7.
4. Helsedirektoratet. Veileder om tvangstiltak overfor mennesker med rusmiddelproblemer - etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10 I: Avdeling psykisk helsevern og rus, red. Oslo2016.
5. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), (2011/06/24/, 2011).
6. Barneverns- og helsenemnda. Tvangsvedtak for voksne rusavhengige. Barneverns- og helsenemnda 2024.
7. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) - Lovdata, (2001/01/01/, 2001).
8. NOU. Med barnet hele vegen: Barnevernsinstitusjoner som har barnas tillit (NOU 2023:24). Oslo: Barne- og familiedepartementet; 2023. Norges offentlige utredninger. 24. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-24/id3005411/>
9. Lov om barnevern (barnevernsloven), (2021/06/18/, 2021).
10. Barneverns- og helsenemnda. Atferdsplassering. Barneverns- og helsenemnda 2024.
11. Deloitte. Kartlegging av institusjonstilbud i Norge og utvalgte europeiske land. Deloitte; 2019. Tilgjengelig fra: [https://bibliotek.bufdir.no/BUF/101/Kartlegging av institusjonstilbud i Norge og utvalgte europeiske land%20.pdf](https://bibliotek.bufdir.no/BUF/101/Kartlegging%20av%20institusjonstilbud%20i%20Norge%20og%20utvalgte%20europeiske%20land%20.pdf)
12. Havre M. Rusinstitusjoner for ungdom: En balanse mellom nærvær av rettigheter og fravær av tvang. Rettsvitenskapelig analyse [NOVA Rapport]. OsloMet – storbyuniversitetet; 2024.
13. Barne- og familiedepartementet. Lov om barnevern (barnevernsloven). 2021.
14. Sundhedsloven. Tilgjengelig fra: <https://www.retsinforma-tion.dk/eli/lta/2022/210>
15. Deding M. Forskning om tvang i misbrugsbehandling: en kortlægning foretaget af SFI Campbell. København: SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd; 2011.
16. Bekendtgørelse af lov om tilbageholdelse af stofmisbrugere i behandling. Tilgjengelig fra: <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2008/101>
17. Social- og Indenrigsudvalget. Vejledning om behandlingstilbud på det sociale stofmisbrugsområde m.v. 2020. 234. Tilgjengelig fra: <https://www.ft.dk/samling/20191/almdel/SOU/bilag/234/2185291.pdf>
18. Serviceloven, LBK nr 170 af 24/01/2022. Tilgjengelig fra: <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2022/170>
19. Barnets lov, LOV nr 721 af 13/06/2023. Tilgjengelig fra: <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2023/721>
20. Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, (1988, 1988).
21. Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, (1990, 1990).

22. Gerdner A, Berglund M. Tvångsvård vid missbruk – effekt och kvalitet. I: Missbruket, Kunskapen, Vården – Missbruksutredningens Forskningsbilaga. Missbruksutredningen (SOU 2011:6). I: Socialdepartementet, red. Stockholm 2011. s. 653-770.
23. Socialdepartementet. SOU 2021:93 - Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet. 2021.
24. Folkehelseinstituttet. Metodeboka: Slik oppsummerer vi forskning. 2024.
25. Higgins J, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, et al. Chapter 1: Starting a review. I: Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions version 602019. s. 11.
26. Lizarondo L SC, Carrier J, Godfrey C, Rieger K, Salmond S, Apostolo J, Kirkpatrick P, Loveday H. Chapter 8: Mixed methods systematic reviews. I: Aromataris E LC, Porritt K, Pilla B, Jordan Z, red. BI Manual for Evidence Synthesis [Joanna Briggs Institute [lest]]. Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-07>
27. Helsedirektoratet. § 4-8. Bruk av tvangsmidler i institusjon for døgnopphold. Gjennomføring av psykisk helsevern 2025.
28. Priem J, Piwowar H, Orr R, red. OpenAlex: A fully-open index of scholarly works, authors, venues, institutions, and concepts. Submitted to the 26th International Conference on Science, Technology and Innovation Indicators (STI 2022) 2022. Tilgjengelig fra: <https://arxiv.org/abs/2205.01833>
29. Thomas J, Graziosi S, Brunton J, Ghouze Z, O'Driscoll P, Bond M. EPPI-Reviewer: advanced software for systematic reviews, maps and evidence synthesis. London: EPPI-Centre, Social Research Institute, University College London; 2022.
30. Barker TH, Habibi N, Aromataris E, Stone JC, Leonardi-Bee J, Sears K, et al. The revised JBI critical appraisal tool for the assessment of risk of bias for quasi-experimental studies. JBI Evidence Synthesis 2024;22(3):378-88. DOI: 10.11124/JBIES-23-00268
31. Moola S, Tufanaru C, Aromataris E, Sears K, Sfet R, Currie M, et al. Chapter 7: Systematic Reviews of Etiology and Risk. I: 2020.
32. Moola S, Lisy K, Riitano D, Tufanaru C. Chapter 5: Systematic reviews of prevalence and incidence. I: 2019.
33. Cochrane Effective Practice Organisation of Care (EPOC). Suggested risk of bias criteria for EPOC reviews. 2017.
34. Hong QN, Fàbregues S, Bartlett G, Boardman F, Cargo M, Dagenais P, et al. The Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) version 2018 for information professionals and researchers. EFI 2018;34(4):285-91. DOI: 10.3233/EFI-180221
35. Lumivero. NVivo (Version 15). 2024.
36. Thomas J, Harden A. Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. BMC Med Res Methodol 2008;8(1):45. DOI: 10.1186/1471-2288-8-45
37. Booth A, Noyes J, Flemming K, Gerhardus A, Wahlster P, van der Wilt GJ, et al. Structured methodology review identified seven (RETREAT) criteria for selecting qualitative evidence synthesis approaches. J Clin Epidemiol 2018;99:41-52. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2018.03.003
38. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology 2006;3(2):77-101.
39. Hong QN, Pluye P, Bujold M, Wassef M. Convergent and sequential synthesis designs: implications for conducting and reporting systematic reviews of qualitative and quantitative evidence. Syst Rev 2017;6(1):61. DOI: 10.1186/s13643-017-0454-2
40. Heyvaert M, Hannes K, Onghena P. Data Synthesis for Integrated MMRS Literature Reviews. I: [lest].
41. Lewin S, Booth A, Glenton C, Munthe-Kaas H, Rashidian A, Wainwright M, et al. Applying GRADE-CERQual to qualitative evidence synthesis findings: introduction

- to the series. *Implementation Sci* 2018;13(S1):2,-s13012-017-0688-3. DOI: 10.1186/s13012-017-0688-3
42. Epistemonikos Foundation, Megan Wainwright Consulting, Norwegian Institute of Public Health for the GRADE-CERQual Project Group. GRADE-CERQual Interactive Summary of Qualitative Findings (iSoQ). 1.0 utg. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2025.
 43. Berg K, Petersson F, Skårner A. Keeping concerned significant others at a distance in compulsory treatment for people with substance use in Sweden. *Drugs: Education, Prevention and Policy* 2022;29(2):121-9. DOI: 10.1080/09687637.2021.1889466
 44. Billquist L, Skårner A. En Påtvingad Relation: Stöd och Kontroll i Kontaktmannarelationen Inom LVM-Vården. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 2009;26(3):243-63. DOI: 10.1177/145507250902600302
 45. Bjørlien I. Graviditet og rusmiddelbruk - tvang og brukermidvirkning. En kvalitativ studie om erfaringer med brukermidvirkning sett fra helsepersonells ståsted 2023. Tilgjengelig fra: <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/handle/11250/3115475>
 46. Ekendahl M. Alcohol abuse, compulsory treatment and successive aftercare: A qualitative study of client perspectives. *International Journal of Social Welfare* 2009;18(3):260-9. DOI: <https://dx.doi.org/10.1111/j.1468-2397.2008.00596.x>
 47. Fossmark Jeanette L. «Mange som ruser seg sier hver dag at i dag slutter jeg, men så fortsetter de selv om de ikke vil» Opplevelse av autonomi i situasjoner med alvorlig rusmiddelavhengighet 2020. Tilgjengelig fra: <https://uis.brage.unit.no/uis-xmlui/handle/11250/2676938>
 48. Fridell M, Billsten J, Jansson I, Amylon R. Femårsuppfølgning - Kvinner vårdede ved Lundens ungdomshem och LVM-hem. 2009. Tilgjengelig fra: <https://www.statinst.se/contentassets/8ffae3598d464054951e01fc45d90ce3/femarsuppfoljning-kvinner-vardade-pa-lundens-ungdomshem-och-lvmhem.pdf>
 49. Grahn R. The association between history of civil commitment for severe substance use and future imprisonment: A Swedish registry study. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2022;134:108613. DOI: <https://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108613>
 50. Grahn R, Lundgren Lena M, Chassler D, Padyab M. Repeated entries to the Swedish addiction compulsory care system: A national register database study. *Evaluation and Program Planning* 2015;49:163-71. DOI: 10.1016/j.evalprogplan.2014.12.014
 51. Gundersen T, Havre M, Neumann Cecilie EB, Fugletveit R, Jevne Kari S. Enetiltak og alenetiltak i barnevernet. Et nødvendig botilbud til barn og ungdom. 2023. Tilgjengelig fra: <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/handle/11250/3085656>
 52. Gundersen T, Neumann Cecilie EB, Fugletveit R, Jevne Kari S. Rusinstitusjoner for ungdom. Grensedragning mellom frivillighet, tvang, omsorg og behandling. Samfunnsvitenskapelig analyse. 2024. Tilgjengelig fra: <https://hdl.handle.net/11250/3124816>
 53. Hall T, Chassler D, Blom B, Grahn R, Blom-Nilsson M, Sullivan L, et al. Mortality among a national population sentenced to compulsory care for substance use disorders in Sweden: descriptive study. *Evaluation & Program Planning* 2015;49:153-62. DOI: <https://dx.doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2014.12.013>
 54. Henriksen A-K. "It's my life they are talking about"-On children's participation in decision-making for secure placement. *Qualitative Social Work: Research and Practice* 2022;21(4):783-99. DOI: <https://dx.doi.org/10.1177/14733250211036173>
 55. Kompetansesenter rus region s, Borgestadklinikken KoRus – S. Gravid innlagt på Borgestadklinikken etter HOT § 10-3 i perioden 2011-2014- sammenlignet med funnene fra 1996-2010. 2015. Tilgjengelig fra: <https://www.blakors.no/content/uploads/sites/16/2023/02/86708-Skjermet-rapport-2-september-2015.pdf>

56. Lauritzen G, Edle Ravndal og Jonas L. Gjennom 10 år - En oppfølgingsstudie av narkotikabrukere i behandling. 2012. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2012/sirusrap.6.12.pdf>
57. Ledberg A, Reitan T. Increased risk of death immediately after discharge from compulsory care for substance abuse. *Drug and Alcohol Dependence* 2022;236:109492. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2022.109492
58. Lundeberg Ingrid R, Mjåland K. Grenser for tvang. Om sosialtjenestens rolle i bruk av tvang overfor rusmiddelmisbrukere. 2009. Tilgjengelig fra: <https://norcere-search.brage.unit.no/norcere-search-xmlui/handle/1956/9382>
59. Lundeberg Ingrid R, Mjåland K, Søvig Karl H, Nilssen E, Ravneberg B. Tvang overfor rusmiddelavhengige. 2010. Tilgjengelig fra: <https://norcere-search.brage.unit.no/norcere-search-xmlui/handle/11250/2628224>
60. Molnes Bernt Marius G. "Du må bli med oss."- Oppfattelse av tvang, behandling og bedringsprosesser hos inneliggende pasienter med tvangsvedtak i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) 2019. Tilgjengelig fra: <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/2590736/Molnes%2C%20Bernt%20Marius.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
61. Monrad H. En kvalitativ undersøkelse av kvinners erfaring med tjenesteyter etter å ha vært innlagt på tvang og tatt abort 2019. Tilgjengelig fra: <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/2610641/Monrad%2C%20Heidi.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
62. Myra Siv M, Ravndal E, Torsteinsson Vigdis W, Wiig Eli M. Pregnant substance-abusing women in involuntary treatment: Attachment experiences with the unborn child. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 2016;33(3):299-316. DOI: 10.1515/nsad-2016-0023
63. Myra Siv M, Ravndal E, Torsteinsson Vigdis W, Øfsti Anne K. Pregnant substance abusers in voluntary and coercive treatment in Norway: Therapists' reflections on change processes and attachment experiences. *Journal of Clinical Nursing* 2018;27(5-6). DOI: 10.1111/jocn.14067
64. Myra Siv M, Wiig Eli M, Axberg U. I want to be a mom who is clean, who loves herself, and feels ok with herself-pregnant women's thoughts about motherhood and their unborn child when in treatment for substance use problems. *Human Systems Therapy Culture And Attachments* 2024;4(3):163-80. DOI: <https://doi.org/10.1177/26344041241263082>
65. Nordlie E. Fødselsvekt hos barn født av tvangsinnlagte gravide rusmiddelmisbrukere. *Rusfag* 2012;(1):126-37.
66. Opsal A, Kristensen Ø, Clausen T. Readiness to change among involuntarily and voluntarily admitted patients with substance use disorders. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 2019;14(1):47. DOI: 10.1186/s13011-019-0237-y
67. Opsal A, Kristensen Ø, Vederhus John K, Clausen T. Perceived coercion to enter treatment among involuntarily and voluntarily admitted patients with substance use disorders. *BMC Health Services Research* 2016;16(1):656. DOI: 10.1186/s12913-016-1906-4
68. Padyab M, Grahm R, Lundgren L. Drop-out from the Swedish addiction compulsory care system. *Evaluation & Program Planning* 2015;49:178-84. DOI: <https://dx.doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2014.12.016>
69. Palm J. You're not allowed to drink yourself to death according to Swedish law - Swedish social workers on how they use compulsory treatment. *NAD Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 2009;26(3):277-93. DOI: 10.1177/145507250902600304
70. Pasareanu Adrian R, Vederhus J-K, Opsal A, Kristensen Ø, Clausen T. Improved drug-use patterns at 6 months post-discharge from inpatient substance use disorder treatment: results from compulsorily and voluntarily admitted patients.

- BMC Health Services Research 2016;16(1):291. DOI: 10.1186/s12913-016-1548-6
71. Pasareanu Adrian R, Vederhus J-K, Opsal A, Kristensen Ø, Clausen T. Mental distress following inpatient substance use treatment, modified by substance use; comparing voluntary and compulsory admissions. BMC Health Services Research 2017;17(1):5. DOI: 10.1186/s12913-016-1936-y
 72. Pasareanu AR, Opsal A, Vederhus JK, Kristensen O, Clausen T. Quality of life improved following in-patient substance use disorder treatment. Health and Quality of Life Outcomes 2015;13(1) (no pagination). DOI: <https://dx.doi.org/10.1186/s12955-015-0231-7>
 73. Persson L. Tverrfaglig samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste ved bruk av tvangstiltak 2020. Tilgjengelig fra: <https://hdl.handle.net/11250/2786025>
 74. Petersson Frida J, Berg Karin E, Skarner A. Locked up and locked out: Client perspectives on personal relationships while in compulsory drug treatment. Contemporary Drug Problems: An Interdisciplinary Quarterly 2021;48(2):114-34. DOI: <https://dx.doi.org/10.1177/0091450921998383>
 75. Reime M A, Fjær S. Å tilhøre, å bli, å delta: medvirkning i overgangen fra barnevernsinstitusjon til voksenliv. Fontene forskning 2010;2:27-38.
 76. Reime MA, Tysnes IB. Youth Experiences of and Views on Un-locked Coercive Placement in Residential Child Care. Young 2021;29(1):12-27. DOI: 10.1177/1103308820937560
 77. Reime Monika A. Mellom uansvarlig og kompetent - Forståelser av barnet og rettighetspraksiser blant ansatte i barnevernsinstitusjoner. Tidsskriftet Norges Barnevern 2017.
 78. Reitan T. Gravid missbrukare i svensk tvångsvård. NAD Publication 2011;28(3):211-33.
 79. Reitan T. Lagen eller magen? Förvaltningsrätten och LVM mål rörande gravida kvinnor. Retfærd 2017.
 80. Reitan T. Substance abuse during pregnancy: a 5-year follow-up of mothers and children. Drugs: Education, Prevention and Policy 2019;26(3):219-28. DOI: 10.1080/09687637.2018.1432568
 81. Runquist W. Legitimering av tvångsvård : klienter och deras socialsekreterare om LVM 2012. Tilgjengelig fra: <https://lup.lub.lu.se/record/3164442>
 82. Samuelsen S. Dilemmaet i tvangsutøvelse: Hvordan ansatte erfarer og reflekterer rundt bruk av tvang og makt i rusbehandling på barnevernsinstitusjon 2024. Tilgjengelig fra: <https://hvlopen.brago.unit.no/hvlopen-xmlui/bits-tream/handle/11250/3139656/Samuelsen.pdf>
 83. Scarpa S, Grahm R, Lundgren Lena M. Compulsory care of individuals with severe substance use disorders and alcohol- and drug-related mortality: A Swedish registry study. Frontiers in Psychiatry 2023;14:1106509. DOI: 10.3389/fpsy.2023.1106509
 84. Sosialstyrelsen. Vård efter behov? Om vård- och omsorgsinsatser till flickor och kvinnor med skadligt bruk och beroende. 2024. Tilgjengelig fra: <https://www.sosialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2024-5-9075.pdf>
 85. Solli Kristin K. Er det bare tiden som vil vise? : En tekstanalyse av formål med bruk av tvang overfor mennesker med rusmiddelmissbruk 2012. Tilgjengelig fra: <https://www.duo.uio.no/handle/10852/30415>
 86. Storrø I. Tvang i et brukerperspektiv Unge rusmisbrukeres erfaringer med tvangsplassering i ruskollektiv 2015. Tilgjengelig fra: <https://www.duo.uio.no/handle/10852/44692>
 87. Söderström K, Skolbekken JA. Pregnancy and substance use - The Norwegian § 10-3 solution. 1 Ethical and clinical reflections related to incarceration of pregnant women to protect the foetus from harmful substances. NAD Publication 2012;29(2):155-71. DOI: 10.2478/v10199-012-0011-1

88. Tysnes Ingunn B. Ungdommenes opplevelse av plassering, opphold og ettervern: En studie av institusjonsplasseringer etter lov om barneverntjenester § 4.24 2014. Tilgjengelig fra: <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/handle/11250/268011>
89. Wehus M. «Det krever mer, enn å bare bli rusfri» Helsepersonellens erfaringer av meningsfull hjelp til gravide rusmiddelavhengige kvinner 2019.
90. Forskrift om rettigheter og bruk av tvang under opphold i institusjon for behandling, omsorg og rehabilitering av personer med rusmiddelproblemer. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-08-26-1003>
91. Helsetilsynet. Statens helsetilsyn Årsrapport 2024 Oslo: Helsetilsynet; 2025. Tilgjengelig fra: <https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/aarsrapporter/aarsrapport2024.pdf>
92. Helsetilsynet. Omfang av tvangsbruk og fylkesmennenes klagebehandling av tvangsbruk i 2019. Oslo: Helsetilsynet; 2021. Tilgjengelig fra: https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter2021/helsetilsynetrapport_1_2021.pdf
93. Helsetilsynet. Oppsummering av tilsyn med barnevernsinstitusjoner – et tilstandsbilde. Oslo: Helsetilsynet; 2023. Tilgjengelig fra: <https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/rapport-fra-helsetilsynet/2023/oppsummering-av-tilsyn-med-barnevernsinstitusjoner-et-tilstandsbilde/#>
94. Helsetilsynet. Tilsynsaktiviteter på barnevernsområdet – en sammenstilling og analyse av tilsynserfaringer og tilsynsfunn i 2022 og 2023. Oslo: Helsetilsynet; 2024. Tilgjengelig fra: <https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/rapport-fra-helsetilsynet/2024/tilsynsaktiviteter-paa-barnevernsomraadet-en-sammenstilling-og-analyse-av-tilsynserfaringer-og-tilsynsfunn-i-2022-og-2023/#>
95. Barne- ungdoms- og familiedirektoratet. Maler for tvangsvedtak og protokollOslo: Bufdir [lest 04.12.2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.bufdir.no/fagstotte/barnevern-oppvekst/tvangsprotokoll/>
96. Steiro A, Dalsbø TK, Ringerike T, Hammerstrøm KT, Hofman B. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2009. Tilgjengelig fra: https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/rapport_0916_tvangsbehandling_opioidavhengige2.pdf
97. Bergsund HB, Nøkleby H. Bruk av tvang og grensesetting i barnevernsinstitusjoner og fosterhjem: systematisk kartleggingsoversikt. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2023. Tilgjengelig fra: <https://hdl.handle.net/11250/3059104>
98. Nøkleby H, Muller AE, Giske. L. Bruk av tvang og grensesetting i barnevernsinstitusjoner og fosterhjem. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/publ/2020/bruk-av-tvang-og-grensesetting-i-barneverns-institusjoner-og-fosterhjem/>
99. Bahji A, Leger P, Nidumolu A, Watts B, Dama S, Hamilton A, et al. Effectiveness of Involuntary Treatment for Individuals With Substance Use Disorders: A Systematic Review. Canadian Journal of Addiction 2023;14(4).
100. Israelsson M. Utfall av lagstadgad tvångsvård för personer med missbruks- och beroendeproblem – en systematisk översikt. 2021. Tilgjengelig fra: <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1626135/FULLTEXT01.pdf>
101. Urbanoski KA. Coerced addiction treatment: Client perspectives and the implications of their neglect. Harm Reduction Journal 2010;7(1):13. DOI: 10.1186/1477-7517-7-13
102. Jalling C, Kristiansson M, Rudolfsson L. Psykiatriske vårdbehov bland klienter som vårdas enligt LVM inom SiS. Solna: Statens institutionsstyrelse; 2025. Institutionsvård i fokus (14). Tilgjengelig fra: <https://www.stat-inst.se/contentassets/f970fb1fd3194e42a993a27048804459/14-2025-psykiatriska-vardbehov-bland-klienter-som-vardas-enligt-lvm-inom-sis.pdf.pdf>
103. Aragonés-Calleja M, Sánchez-Martínez V. Evidence synthesis on coercion in mental health: An umbrella review. International Journal of Mental Health Nursing 2024;33(2):259-80. DOI: <https://doi.org/10.1111/inm.13248>

104. Corderoy A, Kisely S, Zirnsak T, Ryan CJ. The benefits and harms of inpatient involuntary psychiatric treatment: a scoping review. *Psychiatry, Psychology and Law* 2025;32(5):734-81. DOI: 10.1080/13218719.2024.2346734
105. Tingleff EB, Bradley SK, Gildberg FA, Munksgaard G, Hounsgaard L. "Treat me with respect". A systematic review and thematic analysis of psychiatric patients' reported perceptions of the situations associated with the process of coercion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2017;24(9-10):681-98. DOI: <https://doi.org/10.1111/jpm.12410>
106. Newton-Howes G, Mullen R. Coercion in Psychiatric Care: Systematic Review of Correlates and Themes. *Psychiatric Services* 2011;62(5):465-70. DOI: 10.1176/ps.62.5.pss6205_0465 %M 21532070
107. Bindman J, Reid Y, Szmukler G, Tiller J, Thornicroft G, Leese M. Perceived coercion at admission to psychiatric hospital and engagement with follow-up. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2005;40(2):160-6. DOI: 10.1007/s00127-005-0861-x
108. Iversen KI, Høyer G, Sexton H, Grønli OK. Perceived coercion among patients admitted to acute wards in Norway. *Nordic Journal of Psychiatry* 2002;56(6):433-9. DOI: 10.1080/08039480260389352
109. Ezeobele IE, Malecha AT, Mock A, Mackey-Godine A, Hughes M. Patients' lived seclusion experience in acute psychiatric hospital in the United States: a qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2014;21(4):303-12. DOI: <https://doi.org/10.1111/jpm.12097>
110. Nytingnes O, Ruud T, Rugkåsa J. 'It's unbelievably humiliating'—Patients' expressions of negative effects of coercion in mental health care. *International Journal of Law and Psychiatry* 2016;49:147-53. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2016.08.009>
111. Vik S. ".den viktigste tiden i behandlingen min var jo de to åra etterpå i hybel med oppfølging." : En studie av ungdommers opplevelser av oppfølgingens betydning etter utflytning fra ruskollektiv: Høgskolen i Innlandet - Lillehammer; 2017. Tilgjengelig fra: <https://brage.inn.no/inn-xmlui/handle/11250/2465277>
112. Vik S, Halså A. Ungdom i rusbehandling – overgang til voksenlivet. . *Fontene forskning* 2022;15(2):4-16.
113. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
114. FNs konvensjon om barnets rettigheter. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdfv/178931-fns_barnekonvensjon.pdf
115. Kongeriket Noregs grunnlov. LOV-1814-05-17.
116. Ineland J. Brukarinflytande i Norden: En kunskapssammanställning om metoder och effekter inom välfärdssektorn. Stockholm: Nordens välfärdscenter; 2022. Tilgjengelig fra: https://nordicwelfare.org/pub/Brukarinflytande_i_Norden/pdf.pdf
117. Laitila M, Nikkonen M, Pietilä A-M. Involvement in Mental Health and Substance Abuse Work: Conceptions of Service Users. *Nursing Research and Practice* 2011;2011(1):672474. DOI: <https://doi.org/10.1155/2011/672474>
118. Wenaas M, Andersson HW, Kiik R, Juberg A. User involvement in interprofessional team meetings within services for substance use disorders. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 2021;38(2):190-203. DOI: 10.1177/1455072520978353
119. Selseng LB, Follevåg B-M, Aaslund H. How People with Lived Experiences of Substance Use Understand and Experience User Involvement in Substance Use Care: A Synthesis of Qualitative Studies. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2021;18(19):10219.
120. Gravdal L, Sandal GM. Sosial ønskeverdighet: Marlowe-Crowne Social Desirability Scale i norsk forkortet utgave. *Tidsskrift for Norsk psykologforening* 2004;41(9):729-30.

121. Engström I, Engström K, Sellin T. Adolescents' Experiences of the Staff's Different Interaction Styles in Coercive Youth Care in Sweden: A Qualitative Study. *Issues in Mental Health Nursing* 2020;41(11):1027-37. DOI: 10.1080/01612840.2020.1757794
122. Hygen BW, Ulset G. «Det er mye trygghet i den telefonen» Bruk av elektronisk kommunikasjon i barnevernstinstitusjon. NTNU Samfunnsforskning; 2021. Tilgjengelig fra: <https://samforsk.no/uploads/files/Publikasjoner/Det-er-mye-trygghet-i-den-telefonen-WEB.pdf>
123. Stenström A, Pettersson T. The micropolitics of conflicts in total institutions – The case of special approved homes for youths in Sweden. *Incarceration* 2021;2(1):2632666321993313. DOI: 10.1177/2632666321993313
124. van Dorp M, Nijhof Karin S, Mulder Eva A, Popma A. Defining Seclusion: A Qualitative Multiphase Study Based on the Perspectives of Youth and Professionals in Secure Residential Youth Care in the Netherlands. *Residential Treatment For Children & Youth* 2021;38(4):404-23. DOI: 10.1080/0886571X.2021.1879710
125. van Dorp M, Nijhof Karin S, Popma A, Twisk J, Mulder Eva A. Change over time: the use of seclusion in secure residential youth care in The Netherlands. *Residential Treatment For Children & Youth* 2023;40(3):305-23. DOI: 10.1080/0886571X.2022.2105277
126. van Wijk-Herbrink Marjolein F, Arntz A, Broers Nick J, Roelofs J, Bernstein David P. A Schema Therapy Based Milieu in Secure Residential Youth Care: Effects on Aggression, Group Climate, Repressive Staff Interventions, and Team Functioning. *Residential Treatment For Children & Youth* 2021;38(3):289-306. DOI: 10.1080/0886571X.2019.1692758
127. Bergsund HBN, Heid. Bruk av tvang og grensesetting i barnevernstinstitusjoner og fosterhjem: systematisk kartleggingsoversikt (oppdatering). Oslo: Folkehelseinstituttet; 2023. Tilgjengelig fra: <https://hdl.handle.net/11250/3059104>
128. OpenAI. ChatGPT (GPT-4-turbo) [Large language model][lest 16. mai 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.openai.com>
129. Hovde KO, Grønmo S. Algoritme. Store norske leksikon 2025.
130. Tidemann A, Elster AC. Maskinlæring. Store norske leksikon 2024.

Vedlegg 1: Søkestrategi

Beskrivelse av søkeprosessen

Mars 2025: 24.03.2025 ble det utført databasesøk på 1) tvangsbruk og barn/unge og 2) tvangsbruk og rus/psykisk helse. Databaser søkt: PsycINFO, MEDLINE, Embase, Cochrane CENTRAL, Scopus. I perioden 19.-31. mars ble det utført søk etter grå litteratur i andre kilder.

I søkene ble det benyttet et landfilter for nordiske land. Dette ble utført før det ble besluttet å inkludere studier fra Norge, Sverige og Danmark i denne oversikten.

Databasesøk

Søketreff totalt: 3876

Søketreff etter EndNote dublettkontroll: 2244 (2193 30.03.2025 og 51 30.04.2025)

PsycINFO (Ovid)

1806 to April 2025 Week 3

Søkedato: 30.04.2025

Søketreff: 748

Søkestrategi:

#	Searches	Results
1	((((involuntary or compulsory or without consent* or non-consensual* or nonconsensual* or mandatory or statutory) adj3 (treatment or therap* or admiss* or admitt* or commit* or hospitali* or confine* or contain* or intervention* or care or placement* or placed or drug test*)) or mental health commitment* or civil commitment* or restraint or ((physical or mechanical) adj2 restrain*) or coercion or coercive or therapeutic holding* or holding therap* or physical holding or detention* or confinement* or containment* or ((escape* or abscond*) adj3 (institution* or residence* or hospital* or care)) or room search* or body search* or (confiscat* adj2 belongings) or locked door*).ti,ab,id.	40552
2	(tvang* or tvaang* or tilba?ehold* or kvarh?llande* or ufrivillig or ofrivillig or roemme* or roemming or rymning or flugt* or flygte* or beslaglegg* or beslagta* or beslaglaegge* or belte* or baelte* or balte* or	38

	baelte* or ransak* or ransag* or genomsoekning or kroppsvisit* or kropsvisit* or rustest* or rusmiddeltest* or drogtest* or stofpro-eve*).ot.	
3	involuntary treatment/ or mental health commitment/ or physical re-straint/ or coercion/	8684
4	or/1-3	41845
5	(child* or teen* or juvenil* or adoles* or youth or minors or preadoles-cen* or pre-adolescen* or preteen* or pre-teen* or underage* or un-der-age* or youngster* or youth* or "young people" or "young peo-ples" or "young person" or "young persons" or boy* or girl*).ti,ab,id.	1143062
6	(adolescence 13 17 yrs or childhood birth 12 yrs or school age 6 12 yrs).ag.	942448
7	exp Adolescent Psychiatry/ or exp Adolescent Psychotherapy/ or exp Adolescent Psychology/	17311
8	exp Child Psychology/ or exp Child Care/ or exp Child Custody/ or exp Child Welfare/ or exp Child Psychiatry/ or exp Child Psychotherapy/	49785
9	(barn* or boern* or unge* or ungdom* or unga* or gutt* or jente* or dreng* or pige* or pojke* or flicko* or mindreaarig*).ot.	776
10	or/5-9	1406260
11	4 and 10 [tvang og barn/unge]	11103
12	(substance or drug* or addict* or alcohol* or opioid* or dual disorder*).ti,ab,id.	472307
13	exp "substance use disorder"/ or "addiction (attitudes toward)"/ or addiction psychiatry/ or exp addiction treatment/ or exp alcohol treat-ment/ or exp drug addiction/ or drug courts/	156757
14	exp Drug Abuse/ or exp Drug Therapy/ or exp Drug Usage/ or exp "Substance Use Treatment"/ or exp Drug Addiction/	367551
15	mental health/ or exp community mental health services/ or exp com-munity psychiatry/ or exp mental disorders/ or exp mental health per-sonnel/ or exp mental health programs/ or exp mental health ser-vices/ or exp Residential Care Institutions/ or exp Psychiatry/ or exp Psychiatric Hospitals/ or exp Mental Health Services/ or (mental* or psychiatr* or psycho*).tw.	2404946
16	(rus* or stof or droger or drog or beroende* or missbruk* or misbrug* or substans* or misbruk* or avhengig* or narko* or dobbeldiagnose* or dobbeltdiagnose* or psykisk*).ot.	478
17	or/12-16	2634336
18	4 and 17 [tvang og rusbehandling]	25541

19	11 or 18	30083
20	(Norway* or Norwegian? or norge or norsk* or sykehus* or sjukehus* or haukeland or bergen or stavanger or tromso or tromsoe or trondheim or levanger or gjovik or gjoevik or harstad or lillehammer or narvik or nesna or stord or haugesund or volda or aalesund or alesund or drammen or kristiansand or (((universitet* or University or univ) adj1 nord) not ("Nord University" adj4 (paris or france))) or sentralsjukehus* or sentralsykehus* or Finnmarkssykehuset or Helgelandssykehuset or Nordlandssykehuset or innlandet or "Olav? Hospital?" or "Hospitalet Betanien" or Kysthospitalet or Aleris or Feiringklinikken or Glittreklinikken or "Medi 3" or "Volvat Medisinske Senter" or "Helse Vest" or "Helse Stavanger" or "Helse fonna" or "helse bergen" or "helse forde" or "helse foerde" or sjukehusapotek* or sykehusapotek* or "helse midt norge" or "helse midtnorge" or "Ambulanse Midtnorge" or "Ambulanse Midt norge" or "helse nord" or "Helse Sorost" or "Helse Sor ost" or "Helse Soeroest" or "Helse Soer oest" or sorlandet or soerlandet or oslomet or Akershus or Viken or Austagder or Agder or Buskerud or Finnmark or Hedmark or Hordaland or Romsdal or Nordland or Nordtrondelag or Trondelag or Nordtroendelag or Troendelag or Oppland or Oslo or Rogaland or Fjordane or Sortrondelag or Soertroendelag or Telemark or Troms or Vestagder or Vestfold or Ostfold or Oestfold or Longyearbyen or innlandet or vestland*).tw,lg,in,cq,ca,ot.	48998
21	limit 20 to "remove medline records"	27071
22	Norway.lo.	24787
23	tidsskrift*.jn.	1451
24	21 or 22 or 23 [NORGE]	41871
25	(Sweden* or Swedish or swede? or svensk* or sverige or sjukhus* or centralsjukhus* or laenssjukhus* or lanssjukhus* or lansdelssjukhus* or laensdelssjukhus* or barnsjukhus* or ungdomssjukhus* or lasarett* or Regionsjukhus* or Narsjukhus* or Naersjukhus* or Specialistsjukhus* or Beckombergasykehuset or "Danvikens hospital" or Konradsberg or "karolinska institute?" or (karolinska adj2 hosp*) or ("astrid lindgren" adj2 hosp*) or sahlgrenska or Radiumhemmet or Sophiahemmet or Sodersjukhuset or Soedersjukhuset or Blekingesjukhuset or Anestesiklinik* or Linneuniversitetet or Mittuniversitetet or "Royal Institute of Technology" or ((Universitet* or universit* or univ) adj2 (norrland* or skaane? or skane? or lindkoping or orebro or lindkoeping or oerebro or lund or lunds or uppsala or gothenborg? or gothenburg? or goteborg? or goteburg? or goethenborg? or goethenborg?	84552

	or goeteborg? or goeteburg? or umeaa? or umea? or luleaa or lulea or karlstad? or vaxjo or vaexjo or vaxjoe or vaexjoe or kalmar or tekniska or Linnaeus or Chalmers or malmo or malmoe or Malardalen? or Maelardalen? or karolinska)) or Blekinge or dalarna? or gotland or gavleborg? or gaevleborg? or halland or jamtland* or jaemtland* or jonkoping? or joenkoping? or kalmar? or kronoberg? or norbotten or skaane or skane or stockholm? or sodermanland? or soedermanland? or uppsala? or varmland? or vaermland? or vasterbotten? or vaesterbotten? or vasternorrland? or vaesternorrland? or vastmanland? or vaestmanland? or gotaland? or orebro? or "oster gotland?" or goetaland? or oerebro? or "oester gotland?").tw,lg,in,cq,ca,ot.	
26	limit 25 to "remove medline records"	42073
27	Sweden.lo.	41405
28	26 or 27 [SVERIGE]	67812
29	(Denmark* or Danish or danmark or dansk* or sygehus* or ((Universitet* or universit* or hospital* or hosp) adj3 (amager* or Augustenborg* or Bornholm* or farso* or give or herning* or hobro* or koge or koege or oringe* or randers or ringsted* or skagen* or "sct. hans*" or tarm or tonder* or toender* or thisted* or vejle* or viborg* or Aalborg* or aarhus* or Alborg* or arhus*)) or Specialhospital* or Universitetshospital* or Regionshospital* or "Psykiatrisk Cent*" or "Psykoteraapeutisk Cent*" or Psykiatricenter* or Kommunehospital* or Centralsygeh* or "Hammel Neurocenter*" or "Vest Ribe*" or Aabenraa* or Abenra* or Aeroskobing* or Aroskobing* or Aeroeskobing* or Aroeskobing* or allerup* or Bispebjerg* or Bronderslev* or Broenderslev* or copenhagen* or Esbjerg* or Fakse or Fredericia* or Frederiksberg* or frederikshavn* or Gentofte* or Glostrup* or Grenaa* or Grena* or Grindsted* or Haderslev* or Herlev* or Hjorring* or Hjoerring* or holbaek* or Holbak* or Holstebro* or Horsens* or hovedstaden* or Hvidovre* or Kalundborg* or kobenhavn* or koebenhavn* or Kolding* or Korsor* or Korsoer* or Lemvig* or Middelfart* or Midtjylland* or Naestved* or Nakskov* or Nastved* or Nordjylland* or Nordsjaelland* or Nordsjalland* or Nykobing* or Nykoebing* or Odense* or Poppelhus* or Rigshospitalet* or Ringkobing* or Ringkoebing* or Risskov* or Roskilde* or Silkeborg* or Sjaelland* or Sjal-land* or Skanderborg* or Skejby* or Slagelse* or Sonderborg* or Soenderborg* or Stolpegaard* or Svendborg* or Syddanmark* or syd-vestjysk* or Syddansk* or "Tekniske Universitet*" or "IT Universitetet*" or ITUniversitetet* or "aarhus univ*" or "aalborg univ*" or "U of	47226

	Aarhus*" or "U of aalborg*" or "Univ of Aarhus*" or "Univ of aalborg*" or "arhus univ*" or "alborg univ*" or "U of Arhus*" or "U of aalborg*" or "Univ of Arhus*" or "Univ of aalborg*").tw,lg,in,cq,ca,ot.	
30	limit 29 to "remove medline records"	24450
31	Denmark.lo.	20665
32	ugeskrift for laeger.jn.	68
33	30 or 31 or 32 [DANMARK]	38273
34	(Finland* or Finnish or finsk or finn or finns or universitetssjukhus* or universitetscentralsjukhus* or centralsjukhus* or sjukvardsdistrikt or ((universitet* or University or yliopisto? or yliopistollinen or "hospital district") adj3 (Novia or Hame or Kajaani or Kamk or Jamk or Lut or "Haaga-Helia" or Diaconia or Metropolia or Arcada or Oulu or Uleaborg or Vaasa or "Abo Akademi" or Centria or Tamk or Tampere or Tammerfors or Turku or Lapin or Aalto or Laurean or Helsinki or Helsingin or Helsingfors or Kuopio or Joensuu or Nyslott or "Etela-Savo" or Lappi or "Lansi-Pohja" or "Pohjois-Savo"))) or "LAB University of Applied Sciences" or Kainuu or Kajanaland or ((Kanta or Paijat) adj Hame) or ((Egentliga or Paijanne) adj Tavastland) or Kymenlaakso or Kymmenedalen or Lapland or Lappland or ((North or Norra or South or Sodra) adj (Karelia or Karelen or Savo or Savolax)) or Osterbotten or Ostrobothnia or Osthrobotnia or Pirkanmaa or Birkaland or Satakunta or Uusimaa or Nyland or Aaland or Aland or "Varsinais-Suomi").tw,lg,in,cq,ca,ot.	43193
35	limit 34 to "remove medline records"	23807
36	Finland.lo.	24492
37	Psykologia.jn.	643
38	35 or 36 or 37 [FINLAND]	38513
39	(Iceland* or icelandic? or islenska or islendigur or landspitali or sjukrahus* or haskoli* or haskolasetur or ((Vestfjordene or Westfjords or Vestfjarda or Holar or Bifrost) adj2 (universit* or landbruksuniversitet* or Landbunadarhaskoli)) or Rannis or Heilbrigdis* or Lydheilst* or "Islands universitet" or Hofudborgarsvaedi* or Reykjanes or Vesturland or Vestfiridir or (Nordurland adj (vestra or eystra)) or Austurland og Sudurland or Reykjavik or Kopavogur or Hafnarfjordur or Akureyri or Gardabaer or Keflavik or Mosfellsbaer or Akranes or Selfoss).tw,lg,in,cq,ca,ot.	3978
40	limit 39 to "remove medline records"	2215
41	Iceland.lo.	3313

42	40 or 41 [ISLAND]	4597
43	(Scandinavi* or scandinavic or Nordic or nordisk* or norden or sami or samisk or samer).tw,lg,in,cq,ca,ot.	7326
44	24 or 28 or 33 or 38 or 42 or 43	169346
45	19 and 44	1122
46	limit 45 to yr="2008 -Current"	793
47	(sexual* or marriage or intimate partner or dental or dentist*).ti.	107348
48	46 not 47	756
49	(animal not human).po. or (mice or rat or rats).ti.	404069
50	48 not 49	748

MEDLINE (Ovid)

Epub Ahead of Print, In-Process, In-Data-Review & Other Non-Indexed Citations, Daily and Versions 1946 to April 29, 2025

Søkedato: 30.04.2025

Søketreff: 1247

1	(((involuntary or compulsory or without consent* or non-consensual* or nonconsensual* or mandatory or statutory) adj3 (treatment or therap* or admiss* or admitt* or commit* or hospitali* or confine* or contain* or intervention* or care or placement* or placed or drug test*)) or mental health commitment* or civil commitment* or restraint or ((physical or mechanical) adj2 restrain*) or coercion or coercive or therapeutic holding* or holding therap* or physical holding or detention* or confinement* or containment* or ((escape* or abscond*) adj3 (institution* or residence* or hospital* or care)) or room search* or body search* or (confiscat* adj2 belongings) or locked door*).ti,ab,kf.	95961
2	(tvang* or tvaang* or tilbakehold* or kvarhollande* or ufrivillig or ofrivillig or roemme* or roemming or rymning or flugt* or flygte* or beslaglegg* or beslagta* or beslaglaegge* or belte* or baelte* or balte* or baelte* or ransak* or ransag* or genomsoekning or kroppsvisit* or kropsvisit* or rustest* or rusmiddeltest* or drogtest* or stofprove*).ot.	399
3	involuntary treatment/ or involuntary treatment, psychiatric/ or "Commitment of Persons with Psychiatric Disorders"/ or Coercion/ or Restraint, Physical/	24720
4	or/1-3	109200

5	(child* or teen* or juvenil* or adoles* or youth or minors or preadolescen* or pre-adolescen* or preteen* or pre-teen* or underage* or under-age* or youngster* or youth* or young people* or young person* or boy* or girl*).ti,ab,kf.	2347942
6	adolescent/ or child/	3312912
7	Adolescent, Hospitalized/ or Adolescent Health Services/ or Psychology, Adolescent/ or Adolescent, Institutionalized/ or Adolescent Psychiatry/	23063
8	Child, Hospitalized/ or Child, Institutionalized/ or Child/ or Psychology, Child/ or Child Welfare/ or Child Psychiatry/	2033633
9	(barn* or boern* or unge* or ungdom* or unga* or jente* or gutt* or dreng* or pige* or pojke* or flicko* or mindreaarig*).ot.	8870
10	or/5-9	4231676
11	4 and 10	14942
12	(substance or drug* or addict* or alcohol* or opioid* or dual diagnos*).ti,ab,kf.	2859642
13	exp Substance-Related Disorders/ or exp Illicit Drugs/	333022
14	Mental Health/ or (mental* or psychiatr* or psycho*).ti,ab,kf.	1515206
15	mental health services/ or exp Mental Disorders/ or community mental health services/ or psychiatry/ or adolescent psychiatry/ or child psychiatry/ or Hospitals, Psychiatric/	1614612
16	(rus* or stof or droger or drog or beroende* or missbruk* or misbrug* or substans* or misbruk* or avhengig* or narko* or dobbeldiagnose* or dobbeltdiagnose* or psykisk*).ot.	10389
17	or/12-16	4984412
18	4 and 17	31106
19	11 or 18	39312
20	limit 19 to yr="2008 -Current"	23811
21	exp Norway/	44574
22	(Norway* or Norwegian? or norge or norsk* or sykehus* or sjukehus* or haukeland or bergen or stavanger or tromso or tromsoe or trondheim or levanger or gjovik or gjoevik or harstad or lillehammer or narvik or nesna or stord or haugesund or volda or aalesund or alesund or drammen or kristiansand or (((universitet* or University or univ) adj1 nord) not ("Nord University" adj4 (paris or france))) or sentralsjukehus* or sentralsykehus* or Finnmarkssykehuset or Helgelandssykehuset or Nordlandssykehuset or innlandet or "Olav? Hospital?" or "Hospitalet Betanien" or Kysthospitalet or Aleris or Feiringklinikken or	98073

	Glittreklinikken or "Medi 3" or "Volvat Medisinske Senter" or "Helse Vest" or "Helse Stavanger" or "Helse fonna" or "helse bergen" or "helse forde" or "helse foerde" or sjukehusapotek* or sykehusapotek* or "helse midt norge" or "helse midtnorge" or "Ambulanse Midtnorge" or "Ambulanse Midt norge" or "helse nord" or "Helse Sorost" or "Helse Sor ost" or "Helse Soeroest" or "Helse Soer oest" or sorlandet or soerlandet or oslomet or Akershus or Viken or Austagder or Agder or Buskerud or Finnmark or Hedmark or Hordaland or Romsdal or Nordland or Nordtrondelag or Trondelag or Nordtroendelag or Troendelag or Oppland or Oslo or Rogaland or Fjordane or Sortrondelag or Soertroendelag or Telemark or Troms or Vestagder or Vestfold or Ostfold or Oestfold or Longyearbyen or innlandet or vestland*).tw,lg,kf,pl.	
23	(Norway* or Norwegian? or norge or sykehus* or sjukehus* or ((universitet* or University or univ) adj3 (haukeland or nordnorge or norge* or bergen or stavanger or tromso or tromsoe or trondheim or levanger or gjovik or gjoevik or harstad or lillehammer or narvik or nesna or stord or haugesund or voldal or aalesund or alesund)) or (((universitet* or University or univ) adj1 nord) not ("Nord University" adj4 (paris or france))) or sentralsjukehus* or sentralsykehus* or Finnmarkssykehuset or Helgelandssykehuset or Nordlandssykehuset or innlandet or "Olav? Hospital?" or revmatismesykehus or lungesykehus or "Hospitalet Betanien" or Kysthospitalet or Aleris or Feiringklinikken or Glittreklinikken or "Hjertesenteret i Oslo" or "Medi 3" or "Volvat Medisinske Senter" or "Helse Vest" or "Helse Stavanger" or "Helse fonna" or "helse bergen" or "helse forde" or "helse foerde" or sjukehusapotek* or sykehusapotek* or "helse midt norge" or "helse midtnorge" or "Ambulanse Midtnorge" or "Ambulanse Midt norge" or "helse nord" or "Helse Sorost" or "Helse Sor ost" or "Helse Soeroest" or "Helse Soer oest" or sunnaas or sunnas or sorlandet or soerlandet or oslomet or Akershus or Viken or Austagder or Agder or Buskerud or Finnmark or Hedmark or Hordaland or Romsdal or Nordland or Nordtrondelag or Trondelag or Nordtroendelag or Troendelag or Oppland or Oslo or Rogaland or Fjordane or Sortrondelag or Soertroendelag or Telemark or Troms or Vestagder or Vestfold or Ostfold or Oestfold or Longyearbyen or innlandet or vestland).in. not ((exp africa/ or exp americas/ or exp asia/ or developing countries/) not ((exp africa/ or exp americas/ or exp asia/ or developing countries/) and (exp cities/ or exp europe/ or developed countries/ or european union/)))	184758
24	(tidsskrift for den norske laegeforening or Norsk Epidemiologi).jn. not ((exp africa/ or exp americas/ or exp asia/ or developing countries/)	34351

	skaane? or skane? or lindköping or orebro or lindköping or oerebro or lund or lunds or uppsala or gothenborg? or gothenburg? or goteborg? or goteburg? or gothenborg? or gothenburg? or goteborg? or goteborg? or umeaa? or umea? or luleaa or lulea or karlstad? or vaxjo or vaexjo or vaxjoe or vaexjoe or kalmar or tekniska or Linnaeus or Chalmers or malmo or malmoe or Malardalen? or Maelardalen? or karolinska)) or Blekinge or dalarna? or gotland or gavleborg? or gaevleborg? or halland or jamtland* or jaemtland* or jonköping? or joenkoping? or kalmar? or kronoberg? or norbotten or skaane or skane or stockholm? or sodermanland? or soedermanland? or uppsala? or varmland? or vaermland? or vasterbotten? or vaesterbotten? or vasternorrland? or vaesternorrland? or vastmanland? or vaestmanland? or gotaland? or orebro? or "oster gotland?" or goetaland? or oerebro? or "oester gotland?").in. not ((exp africa/ or exp americas/ or exp asia/ or developing countries/) not ((exp africa/ or exp americas/ or exp asia/ or developing countries/) and (exp cities/ or exp europe/ or developed countries/ or european union/)))	
29	lakartidningen.jn. not ((exp africa/ or exp americas/ or exp asia/ or developing countries/) not ((exp africa/ or exp americas/ or exp asia/ or developing countries/) and (exp cities/ or exp europe/ or developed countries/ or european union/)))	31680
30	26 or 27 or 28 or 29	532827
31	Denmark/	56978
32	(Denmark* or danish or danmark or greenland or faroe islands or groenland* or faeroeyene* or sygehus* or ((Universitet* or universit* or hospital* or hosp) adj3 (amager* or Augustenborg* or Bornholm* or farso* or give or herning* or hobro* or koge or koege or oringe* or randers or ringsted* or skagen* or "sct. hans*" or tarm or tonder* or toender* or thisted* or vejle* or viborg* or Aalborg* or aarhus* or Alborg* or arhus*)) or Specialhospital* or Universitetshospital* or Regionshospital* or "Psykiatrisk Cent*" or "Psykoterapeutisk Cent*" or Psykiatricenter* or Kommunehospital* or Centralsygeh* or "Hammel Neurocenter*" or "Vest Ribe*" or Aabenraa* or Abenra* or Aeroskobing* or Aroskobing* or Aeroeskobing* or Aroeskobing* or allerup* or Bispebjerg* or Brønderslev* or Brønderslev* or copenhagen* or Esbjerg* or Fakse or Fredericia* or Frederiksberg* or frederikshavn* or Gentofte* or Glostrup* or Grenaa* or Grena* or Grindsted* or Haderslev* or Herlev* or Hjørring* or Hjoerring* or holbaek* or Holbak* or Holstebro* or Horsens* or hovedstaden* or Hvidovre* or	129008

	Kalundborg* or kobenhavn* or koebenhavn* or Kolding* or Korsor* or Korsoer* or Lemvig* or Middelfart* or Midtjylland* or Naestved* or Nakskov* or Nastved* or Nordjylland* or Nordsjaelland* or Nordsjælland* or Nykobing* or Nykoebing* or Odense* or Poppelhus* or Rigshospitalet* or Ringkobing* or Ringkoebing* or Risskov* or Roskilde* or Silkeborg* or Sjaelland* or Sjælland* or Skanderborg* or Skejby* or Slagelse* or Sonderborg* or Soenderborg* or Stolpegaard* or Svendborg* or Syddanmark* or sydvestjysk* or Syddansk* or "Tekniske Universitet*" or "IT Universitetet*" or ITUniversitetet* or "aarhus univ*" or "aalborg univ*" or "U of Aarhus*" or "U of aalborg*" or "Univ of Aarhus*" or "Univ of aalborg*" or "arhus univ*" or "alborg univ*" or "U of Arhus*" or "U of aalborg*" or "Univ of Arhus*" or "Univ of aalborg*").tw,lg,kf,pl.	
33	(Denmark* or danish or danmark or sygehus* or ((Universitet* or universit* or hospital* or hosp) adj3 (amager* or Augustenborg* or Bornholm* or farso* or give or herning* or hobro* or koge or koege or orange* or randers or ringsted* or skagen* or "sct. hans*" or tarm or tonder* or toender* or thisted* or vejle* or viborg* or Aalborg* or aarhus* or Alborg* or arhus*)) or Specialhospital* or Universitetshospital* or Regionshospital* or "Psykiatrisk Cent*" or "Psykoaterapeutisk Cent*" or Psykiatricenter* or Kommunehospital* or Centralsygeh* or "Hammel Neurocenter*" or "Vest Ribe*" or Aabenraa* or Abenra* or Aeroskobing* or Aroskobing* or Aeroeskobing* or Aroeskobing* or allerup* or Bispebjerg* or Bronderslev* or Broenderslev* or copenhagen* or Esbjerg* or Fakse or Fredericia* or Frederiksberg* or frederikshavn* or Gentofte* or Glostrup* or Grenaa* or Grena* or Grindsted* or Haderslev* or Herlev* or Hjørring* or Hjoerring* or holbaek* or Holbak* or Holstebro* or Horsens* or hovedstaden* or Hvidovre* or Kalundborg* or kobenhavn* or koebenhavn* or Kolding* or Korsor* or Korsoer* or Lemvig* or Middelfart* or Midtjylland* or Naestved* or Nakskov* or Nastved* or Nordjylland* or Nordsjaelland* or Nordsjælland* or Nykobing* or Nykoebing* or Odense* or Poppelhus* or Rigshospitalet* or Ringkobing* or Ringkoebing* or Risskov* or Roskilde* or Silkeborg* or Sjaelland* or Sjælland* or Skanderborg* or Skejby* or Slagelse* or Sonderborg* or Soenderborg* or Stolpegaard* or Svendborg* or Syddanmark* or sydvestjysk* or Syddansk* or "Tekniske Universitet*" or "IT Universitetet*" or ITUniversitetet* or "aarhus univ*" or "aalborg univ*" or "U of Aarhus*" or "U of aalborg*" or "Univ of Aarhus*" or "Univ of aalborg*" or "arhus univ*" or "alborg univ*" or "U of Arhus*" or "U of aalborg*" or "Univ of Arhus*" or "Univ	306993

	of alborg*).in. not ((exp africa/ or exp americas/ or exp asia/ or developing countries/) not ((exp africa/ or exp americas/ or exp asia/ or developing countries/) and (exp cities/ or exp europe/ or developed countries/ or european union/)))	
34	ugeskrift for laeger.jn. not ((exp africa/ or exp americas/ or exp asia/ or developing countries/) not ((exp africa/ or exp americas/ or exp asia/ or developing countries/) and (exp cities/ or exp europe/ or developed countries/ or european union/)))	43815
35	31 or 32 or 33 or 34	380679
36	Finland/	40608
37	(Finland* or Finnish or finsk or finn or finns or universitetssjukhus* or universitetscentralsjukhus* or centralsjukhus* or sjukvardsdistrikt or ((universitet* or University or yliopisto? or yliopistollinen or "hospital district") adj3 (Novia or Hame or Kajaani or Kamk or Jamk or Lut or "Haaga-Helia" or Diaconia or Metropolia or Arcada or Oulu or Uleaborg or Vaasa or "Abo Akademi" or Centria or Tamk or Tampere or Tammerfors or Turku or Lapin or Aalto or Laurean or Helsinki or Helsingin or Helsingfors or Kuopio or Joensuu or Nyslott or "Etela-Savo" or Lappi or "Lansi-Pohja" or "Pohjois-Savo"))) or "LAB University of Applied Sciences" or Kainuu or Kajanaland or ((Kanta or Paijat) adj Hame) or ((Egentliga or Paijanne) adj Tavastland) or Kymenlaakso or Kymmenedalen or Lapland or Lappland or ((North or Norra or South or Sodra) adj (Karelia or Karelen or Savo or Savolax)) or Osterbotten or Ostrobothnia or Osthrobotnia or Pirkanmaa or Birkaland or Satakunta or Uusimaa or Nyland or Aaland or Aland or "Varsinais-Suomi").tw,lg,kf,pl.	68091
38	(Finland* or Finnish or finsk or finn or finns or universitetssjukhus* or universitetscentralsjukhus* or centralsjukhus* or sjukvardsdistrikt or ((universitet* or University or yliopisto? or yliopistollinen or "hospital district") adj3 (Novia or Hame or Kajaani or Kamk or Jamk or Lut or "Haaga-Helia" or Diaconia or Metropolia or Arcada or Oulu or Uleaborg or Vaasa or "Abo Akademi" or Centria or Tamk or Tampere or Tammerfors or Turku or Lapin or Aalto or Laurean or Helsinki or Helsingin or Helsingfors or Kuopio or Joensuu or Nyslott or "Etela-Savo" or Lappi or "Lansi-Pohja" or "Pohjois-Savo"))) or "LAB University of Applied Sciences" or Kainuu or Kajanaland or ((Kanta or Paijat) adj Hame) or ((Egentliga or Paijanne) adj Tavastland) or Kymenlaakso or Kymmenedalen or Lapland or Lappland or ((North or Norra or South or Sodra) adj (Karelia or Karelen or Savo or Savolax)) or Osterbotten or	195511

	Ostrobothnia or Ostrobothnia or Pirkanmaa or Birkaland or Satakunta or Uusimaa or Nyland or Aaland or Aland or "Varsinais-Suomi").in. not ((exp africa/ or exp americas/ or exp asia/ or developing countries/) not ((exp africa/ or exp americas/ or exp asia/ or developing countries/) and (exp cities/ or exp europe/ or developed countries/ or european union/)))	
39	("Suomen Laakarilehti" or "Historiallinen arkisto" or "Historiallinen Aikakauskirja" or Katilolehti* or Sairaanhoidaja or Hippokrates* or Hoitotiede or "Sairaanhoidaja (Helsinki)" or "Suomen Hammaslaakarilehti" or "Proceedings of the Finnish Dental Society" or "Sairanhoidon vuosikirja" or Duodecim*).jn. not ((exp africa/ or exp americas/ or exp asia/ or developing countries/) not ((exp africa/ or exp americas/ or exp asia/ or developing countries/) and (exp cities/ or exp europe/ or developed countries/ or european union/)))	24058
40	36 or 37 or 38 or 39	238523
41	Iceland/	5188
42	(Iceland* or icelandic? or islenska or islendigur or landspitali or sjukrahus* or haskoli* or haskolasetur or ((Vestfjordene or Westfjords or Vestfjarda or Holar or Bifrost) adj2 (universit* or landbruksuniversitet* or Landbunadarhaskoli)) or Rannis or Heilbrigdis* or Lydheilst* or "Islands universitet" or Hofudborgarsvaedi* or Reykjanes or Vesturland or Vestfirðir or (Nordurland adj (vestra or eystra)) or Austurland og Sudurland or Reykjavik or Kopavogur or Hafnarfjörður or Akureyri or Gardabaer or Keflavik or Mosfellsbaer or Akranes or Selfoss).tw,lg,kf,pl.	9547
43	(Iceland* or icelandic? or islenska or islendigur or landspitali or sjukrahus* or haskoli* or haskolasetur or ((Vestfjordene or Westfjords or Vestfjarda or Holar or Bifrost) adj2 (universit* or landbruksuniversitet* or Landbunadarhaskoli)) or Rannis or Heilbrigdis* or Lydheilst* or "Islands universitet" or Hofudborgarsvaedi* or Reykjanes or Vesturland or Vestfirðir or (Nordurland adj (vestra or eystra)) or Austurland og Sudurland or Reykjavik or Kopavogur or Hafnarfjörður or Akureyri or Gardabaer or Keflavik or Mosfellsbaer or Akranes or Selfoss).in. not ((exp africa/ or exp americas/ or exp asia/ or developing countries/) not ((exp africa/ or exp americas/ or exp asia/ or developing countries/) and (exp cities/ or exp europe/ or developed countries/ or european union/)))	12703
44	(Ljosmaedrabladid or Laeknabladid or Tannlaeknabladid or "Timarit Hjúkrunarfelags Islands").jn. not ((exp africa/ or exp americas/ or exp	2003

	asia/ or developing countries/) not ((exp africa/ or exp americas/ or exp asia/ or developing countries/) and (exp cities/ or exp europe/ or developed countries/ or european union/)))	
45	41 or 42 or 43 or 44	18550
46	(Scandinavia* or scandinavic or Nordic or norden or sami or samisk* or samer).tw,lg,kf,pl,ot.	21461
47	"scandinavian and nordic countries"/ or "Scandinavians and Nordic People"/	5827
48	25 or 30 or 35 or 40 or 45 or 46 or 47	1313765
49	20 and 48	1346
50	(sexual* or marriage or intimate partner or dental or dentist*).ti.	312613
51	49 not 50	1294
52	animal/ not human/	5304714
53	51 not 52	1247

Embase (Ovid)

Embase 1974 to 2025 April 29

Søkedato: 30.04.2025

Søketreff: 603

1	((((involuntary or compulsory or without consent* or non-consensual* or nonconsensual* or mandatory or statutory) adj3 (treatment or therap* or admiss* or admitt* or commit* or hospitali* or confine* or contain* or intervention* or care or placement* or placed or drug test*)) or mental health commitment* or civil commitment* or re-straint or ((physical or mechanical) adj2 restrain*) or coercion or coercive or therapeutic holding* or holding therap* or physical holding or detention* or confinement* or containment* or ((escape* or abscond*) adj3 (institution* or residence* or hospital* or care)) or room search* or body search* or (confiscat* adj2 belongings) or locked door*).ti,ab,kf.	105379
2	(tvang* or tvaang* or tilba?ehold* or kvarh?llande* or ufrivillig or ofrivillig or roemme* or roemming or rymning or flugt* or flygte* or beslaglegg* or beslagta* or beslaglaegge* or belte* or baelte* or balte* or baelte* or ransak* or ransag* or genomsoekning or kroppsvisit* or kropsvisit* or rustest* or rusmiddeltest* or drogtest* or stofproeve*).ot.	342

3	exp *involuntary commitment/ or exp *coercion/ or *physical re- straint/ or escape behavior/	7468
4	or/1-3	111332
5	adolescent/ or juvenile/ or hospitalized adolescent/ or institutional- ized adolescent/	1958456
6	child/ or hospitalized child/ or institutionalized child/ or school child/	2432495
7	*child psychiatry/	14822
8	exp *child welfare/	10174
9	(child* or teen* or juvenil* or adoles* or youth or minors or preadoles- cen* or pre-adolescen* or preteen* or pre-teen* or underage* or un- der-age* or youngster* or youth* or young people* or young person* or boy* or girl*).ti,ab,kf.	2920723
10	(barn* or boern* or unge* or ungdom* or unga* or jente* or gutt* or dreng* or pige* or flicko* or pojke* or midreaarig*).ot.	7273
11	or/5-10	4376758
12	4 and 11	14772
13	(substance or drug* or addict* or alcohol* or opioid* or dual diag- nos*).ti,ab,kf.	3861511
14	exp *drug dependence/ or *addiction/ or exp *drug dependence treat- ment/ or exp *drug abuse/ or exp "drug use"/	654888
15	*dual diagnosis/ or *psychiatric dual diagnosis/	371
16	(rus* or stof or droger or drog or beroende* or missbruk* or misbruk* or substans* or misbruk* or avhengig* or narko* or dobbeldiagnose* or dobbeltdiagnose* or psykisk*).ot.	6448
17	*mental health/ or *community mental health/ or *psychiatry/ or exp *mental disease/ or *mental hospital/ or *dual diagnosis/ or *psychi- atric dual diagnosis/	1900851
18	or/13-17	5646179
19	4 and 18	24826
20	12 or 19	35192
21	limit 20 to yr="2008 -Current"	24653
22	limit 21 to embase	13740
23	norway/ or "svalbard and jan mayen"/ or "norwegian (people)"/ or "norwegian (citizen)"/	53410
24	(Norway* or Norwegian? or norge or norsk* or sykehus* or sjukehus* or haukeland or bergen or stavanger or tromso or tromsoe or trond-	106618

	heim or levanger or gjovik or gjoevik or harstad or lillehammer or narvik or nesna or stord or haugesund or voldal or aalesund or alesund or drammen or kristiansand or (((universitet* or University or univ) adj1 nord) not ("Nord University" adj4 (paris or france))) or sentralsjukehus* or sentralsykehus* or Finnmarkssykehuset or Helgelandssykehuset or Nordlandssykehuset or innlandet or "Olav? Hospital?" or "Hospitalet Betanien" or Kysthospitalet or Aleris or Feiringklinikken or Glittreklinikken or "Medi 3" or "Volvat Medisinske Senter" or "Helse Vest" or "Helse Stavanger" or "Helse fonna" or "helse bergen" or "helse forde" or "helse foerde" or sjukehusapotek* or sykehusapotek* or "helse midt norge" or "helse midtnorge" or "Ambulanse Midtnorge" or "Ambulanse Midt norge" or "helse nord" or "Helse Sorost" or "Helse Sor ost" or "Helse Soeroest" or "Helse Soer oest" or sorlandet or soerlandet or oslomet or Akershus or Viken or Austagder or Agder or Buskerud or Finnmark or Hedmark or Hordaland or Romsdal or Nordland or Nordtrondelag or Trondelag or Nordtroendelag or Troendelag or Oppland or Oslo or Rogaland or Fjordane or Sørtrondelag or Soertroendelag or Telemark or Troms or Vestagder or Vestfold or Ostfold or Oestfold or Longyearbyen or innlandet or vestland*).tw,lg,kf.	
25	(Norway* or Norwegian? or norge or sykehus* or sjukehus* or ((universitet* or University or univ) adj3 (haukeland or nordnorge or norge* or bergen or stavanger or tromso or tromsoe or trondheim or levanger or gjovik or gjoevik or harstad or lillehammer or narvik or nesna or stord or haugesund or voldal or aalesund or alesund)) or (((universitet* or University or univ) adj1 nord) not ("Nord University" adj4 (paris or france))) or sentralsjukehus* or sentralsykehus* or Finnmarkssykehuset or Helgelandssykehuset or Nordlandssykehuset or innlandet or "Olav? Hospital?" or revmatismesykehus or lungesykehus or "Hospitalet Betanien" or Kysthospitalet or Aleris or Feiringklinikken or Glittreklinikken or "Hjertesenteret i Oslo" or "Medi 3" or "Volvat Medisinske Senter" or "Helse Vest" or "Helse Stavanger" or "Helse fonna" or "helse bergen" or "helse forde" or "helse foerde" or sjukehusapotek* or sykehusapotek* or "helse midt norge" or "helse midtnorge" or "Ambulanse Midtnorge" or "Ambulanse Midt norge" or "helse nord" or "Helse Sorost" or "Helse Sor ost" or "Helse Soeroest" or "Helse Soer oest" or sunnaas or sunnas or sorlandet or soerlandet or oslomet or Akershus or Viken or Austagder or Agder or Buskerud or Finnmark or Hedmark or Hordaland or Romsdal or Nordland or Nordtrondelag or Trondelag or Nordtroendelag or Troendelag or Oppland or Oslo or Rogaland or Fjordane or Sørtrondelag or Soertroendelag or	259101

	Telemark or Troms or Vestagder or Vestfold or Ostfold or Oestfold or Longyearbyen or innlandet or vestland or oslonorway or bergennorway or sandnesnorway or stavangernorway or trondheimnorway or tromsonorway or tromsoenorway or Akershusnorway or Vikennorway or Austagdernorway or Agdernorway or Buskerudnorway or Finnmarknorway or Hedmarknorway or Hordalandnorway or Romsdالنorway or Nordlandnorway or Nordtrondelagnorway or Nordtroendelagnorway or Trondelagnorway or Troendelagnorway or Opplandnorway or Rogalandnorway or Fjordanenorway or Sortrondelagnorway or Sortroendelagnorway or Telemarknorway or Tromsnorway or Vestagdernorway or Vestfoldnorway or Ostfoldnorway or Oestfoldnorway or innlandetnorway or vestlandnorway).in,ad. not ((exp africa/ or exp asia/ or exp Western Hemisphere/ or developing country/ or low income country/ or exp african/ or exp asian/ or exp central american/ or exp "middle eastern/north african"/ or exp north american/ or exp south american/) not ((exp africa/ or exp asia/ or exp Western Hemisphere/ or developing country/ or low income country/ or exp african/ or exp asian/ or exp central american/ or exp "middle eastern/north african"/ or exp north american/ or exp south american/) and (exp europe/ or european union/ or developed country/ or high income country/ or exp european/)))	
26	(tidsskrift for den norske laegeforening or tidsskrift for den norske laegeforening tidsskrift for praktisk or tidsskrift for den norske laegeforening tidsskrift for praktisk medicin ny raekke or Norsk Epidemiologi).jn. not ((exp africa/ or exp asia/ or exp Western Hemisphere/ or developing country/ or low income country/ or exp african/ or exp asian/ or exp central american/ or exp "middle eastern/north african"/ or exp north american/ or exp south american/) not ((exp africa/ or exp asia/ or exp Western Hemisphere/ or developing country/ or low income country/ or exp african/ or exp asian/ or exp central american/ or exp "middle eastern/north african"/ or exp north american/ or exp south american/) and (exp europe/ or european union/ or developed country/ or high income country/ or exp european/)))	30220
27	23 or 24 or 25 or 26	308265
28	Sweden/ or "swede (people)"/ or swedish citizen/	98599
29	(Sweden* or swedish or swede? or sverige or sjukhus* or centralsjukhus* or laenssjukhus* or lanssjukhus* or lانسdelssjukhus* or laensdelssjukhus* or barnsjukhus* or ungdomssjukhus* or lasarett* or Regionsjukhus* or Narsjukhus* or Naersjukhus* or Specialistsjukhus*	172410

	or Beckombergasykehuset or "Danvikens hospital" or Konradsberg or "karolinska institute?" or (karolinska adj2 hosp*) or ("astrid lindgren" adj2 hosp*) or sahlgrenska or Radiumhemmet or Sophiahemmet or Sodersjukhuset or Soedersjukhuset or Blekingesjukhuset or Anestesi-klinik* or Linneuniversitetet or Mittuniversitetet or "Royal Institute of Technology" or ((Universitet* or universit* or univ) adj2 (norrland* or skaane? or skane? or lindkoping or orebro or lindkoeping or oerebro or lund or lunds or uppsala or gothenborg? or gothenburg? or goteborg? or goteburg? or goethenborg? or goethenborg? or goeteborg? or goeteborg? or umeaa? or umea? or luleaa or lulea or karlstad? or vaxjo or vaexjo or vaxjoe or vaexjoe or kalmar or tekniska or Linnaeus or Chalmers or malmo or malmoe or Malardalen? or Maelardalen? or karolinska)) or Blekinge or dalarna? or gotland or gavleborg? or gaevleborg? or halland or jamtland* or jaemtland* or jonkoping? or joenkoping? or kalmar? or kronoberg? or norbotten or skaane or skane or stockholm? or sodermanland? or soedermanland? or uppsala? or varmland? or vaermland? or vasterbotten? or vaesterbotten? or vaster-norrland? or vaesternorrland? or vastmanland? or vaestmanland? or gotaland? or orebro? or "oster gotland?" or goetaland? or oerebro? or "oester gotland?").tw,lg,kf.	
30	(Sweden* or swedish or swede? or sverige or sjukhus* or centralsjukhus* or laenssjukhus* or lanssjukhus* or lansdelssjukhus* or laensdelssjukhus* or barnsjukhus* or ungdomssjukhus* or lasarett* or Regionsjukhus* or Narsjukhus* or Naersjukhus* or Specialistsjukhus* or Beckombergasykehuset or "Danvikens hospital" or Konradsberg or "karolinska institute?" or (karolinska adj2 hosp*) or ("astrid lindgren" adj2 hosp*) or sahlgrenska or Radiumhemmet or Sophiahemmet or Sodersjukhuset or Soedersjukhuset or Blekingesjukhuset or Anestesi-klinik* or Linneuniversitetet or Mittuniversitetet or "Royal Institute of Technology" or ((Universitet* or universit* or univ) adj2 (norrland* or skaane? or skane? or lindkoping or orebro or lindkoeping or oerebro or lund or lunds or uppsala or gothenborg? or gothenburg? or goteborg? or goteburg? or goethenborg? or goethenborg? or goeteborg? or goeteborg? or umeaa? or umea? or luleaa or lulea or karlstad? or vaxjo or vaexjo or vaxjoe or vaexjoe or kalmar or tekniska or Linnaeus or Chalmers or malmo or malmoe or Malardalen? or Maelardalen? or karolinska)) or Blekinge or dalarna? or gotland or gavleborg? or gaevleborg? or halland or jamtland* or jaemtland* or jonkoping? or joenkoping? or kalmar? or kronoberg? or norbotten or skaane or skane or stockholm? or sodermanland? or soedermanland? or uppsala? or	658540

	varmland? or vaermland? or vasterbotten? or vaesterbotten? or vasternorrland? or vaesternorrland? or vastmanland? or vaestmanland? or gotaland? or orebro? or "oster gotland?" or goetaland? or oerebro? or "oester gotland?norrlandsweden" or skaanesweden or skanesweden or lindkopingsweden or lindkoepingsweden or orebrosweden or oerebrosweden or lundsweden or uppsalaweden or gothenborgsweden or gothenburgsweden or goteborgsweden or goteburgsweden or goethenborgsweden or goethenborgsweden or goeteborgsweden or goeteborgsweden or umeaasweden or umeasweden or luleaasweden or luleasweden or karlstadsweden or vaxjosweden or vaexjosweden or vaxjoesweden or vaexjoesweden or kalmarsweden or malmosweden or malmoesweden or Malardalensweden or Maelardalensweden or Blekingesweden or dalarnasweden or gotlandsweden or gavleborgsweden or gaeleborgsweden or hallandsweden or jamtlandsweden or jaemtlandsweden or jonkopingsweden or joenkopingsweden or kalmarsweden or kronobergsweden or norbotensweden or stockholmsweden or sodermanlandsweden or soedermanlandsweden or uppsalaweden or varmlandsweden or vaermlandsweden or vasterbottensweden or vaesterbottensweden or vasternorrlandsweden or vaesternorrlandsweden or vastmanlandsweden or vaestmanlandsweden or gotalandsweden or goetalandsweden or orebrosweden or oerebrosweden or gotlandsweden or Vasteraassweden or Vaesterassweden or helsingborgsweden or norrkopingsweden or norrkoepingsweden).in,ad. not ((exp africa/ or exp asia/ or exp Western Hemisphere/ or developing country/ or low income country/ or exp african/ or exp asian/ or exp central american/ or exp "middle eastern/north african"/ or exp north american/ or exp south american/) not ((exp africa/ or exp asia/ or exp Western Hemisphere/ or developing country/ or low income country/ or exp african/ or exp asian/ or exp central american/ or exp "middle eastern/north african"/ or exp north american/ or exp south american/) and (exp europe/ or european union/ or developed country/ or high income country/ or exp european/)))	
31	lakartidningen.jn. not ((exp africa/ or exp asia/ or exp Western Hemisphere/ or developing country/ or low income country/ or exp african/ or exp asian/ or exp central american/ or exp "middle eastern/north african"/ or exp north american/ or exp south american/) not ((exp africa/ or exp asia/ or exp Western Hemisphere/ or developing country/ or low income country/ or exp african/ or exp asian/ or exp central american/ or exp "middle eastern/north african"/ or exp	28224

	north american/ or exp south american/) and (exp europe/ or european union/ or developed country/ or high income country/ or exp european/)))	
32	28 or 29 or 30 or 31	726145
33	Denmark/ or "dane (people)"/ or Danish citizen/	64936
34	(Denmark* or danish or danmark or sygehus* or ((Universitet* or universit* or hospital* or hosp) adj3 (amager* or Augustenborg* or Bornholm* or farso* or give or herning* or hobro* or koge or koege or orange* or randers or ringsted* or skagen* or "sct. hans*" or tarm or tonder* or toender* or thisted* or vejle* or viborg* or Aalborg* or aarhus* or Alborg* or arhus*)) or Specialhospital* or Universitetshospital* or Regionshospital* or "Psykiatrisk Cent*" or "Psykoteraeutisk Cent*" or Psykiatricenter* or Kommunehospital* or Centralsygeh* or "Hammel Neurocenter*" or "Vest Ribe*" or Aabenraa* or Abenra* or Aeroskobing* or Aroskobing* or Aeroeskobing* or Aroeskobing* or allerup* or Bispebjerg* or Bronderslev* or Broenderslev* or copenhagen* or Esbjerg* or Fakse or Fredericia* or Frederiksberg* or frederikshavn* or Gentofte* or Glostrup* or Grenaa* or Grena* or Grindsted* or Haderslev* or Herlev* or Hjørring* or Hjoerring* or holbaek* or Holbak* or Holstebro* or Horsens* or hovedstaden* or Hvidovre* or Kalundborg* or kobenhavn* or koebenhavn* or Kolding* or Korsør* or Korsoer* or Lemvig* or Middelfart* or Midtjylland* or Naestved* or Nakskov* or Nastved* or Nordjylland* or Nordsjaelland* or Nordsjælland* or Nykobing* or Nykoebing* or Odense* or Poppelhus* or Rigshospitalet* or Ringkobing* or Ringkoebing* or Risskov* or Roskilde* or Silkeborg* or Sjaelland* or Sjælland* or Skanderborg* or Skejby* or Slagelse* or Sonderborg* or Soenderborg* or Stolpegaard* or Svendborg* or Syddanmark* or sydvestjysk* or Syddansk* or "Tekniske Universitet*" or "IT Universitetet*" or ITUniversitetet* or "aarhus univ*" or "aalborg univ*" or "U of Aarhus*" or "U of aalborg*" or "Univ of Aarhus*" or "Univ of aalborg*" or "arhus univ*" or "alborg univ*" or "U of Arhus*" or "U of alborg*" or "Univ of Arhus*" or "Univ of alborg*").tw,lg,kf.	140541
35	(Denmark* or danish or danmark or sygehus* or ((Universitet* or universit* or hospital* or hosp) adj3 (amager* or Augustenborg* or Bornholm* or farso* or give or herning* or hobro* or koge or koege or orange* or randers or ringsted* or skagen* or "sct. hans*" or tarm or tonder* or toender* or thisted* or vejle* or viborg* or Aalborg* or aar-	455474

	hus* or Alborg* or arhus*)) or Specialhospital* or Universitetshospital* or Regionshospital* or "Psykiatrisk Cent*" or "Psykoteraapeutisk Cent*" or Psykiatricenter* or Kommunehospital* or Centralsygeh* or "Hammel Neurocenter*" or "Vest Ribe*" or Aabenraa* or Abenra* or Aeroskobing* or Aroskobing* or Aeroeskobing* or Aroeskobing* or allerup* or Bispebjerg* or Bronderslev* or Broenderslev* or copenhagen* or Esbjerg* or Fakse or Fredericia* or Frederiksberg* or frederikshavn* or Gentofte* or Glostrup* or Grenaa* or Grena* or Grindsted* or Haderslev* or Herlev* or Hjørring* or Hjoerring* or holbaek* or Holbak* or Holstebro* or Horsens* or hovedstaden* or Hvidovre* or Kalundborg* or kobenhavn* or koebenhavn* or Kolding* or Korsør* or Korsoer* or Lemvig* or Middelfart* or Midtjylland* or Naestved* or Nakskov* or Nastved* or Nordjylland* or Nordsjaelland* or Nordsjælland* or Nykobing* or Nykoebing* or Odense* or Poppelhus* or Rigshospitalet* or Ringkobing* or Ringkoebing* or Risskov* or Roskilde* or Silkeborg* or Sjaelland* or Sjælland* or Skanderborg* or Skejby* or Slagelse* or Sonderborg* or Soenderborg* or Stolpegaard* or Svendborg* or Syddanmark* or sydvestjysk* or Syddansk* or "Tekniske Universitet*" or "IT Universitetet*" or ITUniversitetet* or "aarhus univ*" or "aalborg univ*" or "U of Aarhus*" or "U of aalborg*" or "Univ of Aarhus*" or "Univ of aalborg*" or "arhus univ*" or "alborg univ*" or "U of Arhus*" or "U of aalborg*" or "Univ of Arhus*" or "Univ of aalborg*" or amagerdenmark or Augustenborgdenmark or Bornholmdenmark or farsodenmark or farsoedenmark or givedenmark or herningdenmark or hobrodenmark or kogedenmark or koegedenmark or oringedenmark or randersdanmark or ringsteddenmark or tarmdenmark or thisteddenmark or tonderdenmark or toenderdenmark or Vejledanmark or viborgdenmark or Aalborgdenmark or aarhusdenmark or Alborgdenmark or arhusdenmark).in.ad. not ((exp africa/ or exp asia/ or exp Western Hemisphere/ or developing country/ or low income country/ or exp african/ or exp asian/ or exp central american/ or exp "middle eastern/north african"/ or exp north american/ or exp south american/) not ((exp africa/ or exp asia/ or exp Western Hemisphere/ or developing country/ or low income country/ or exp african/ or exp asian/ or exp central american/ or exp "middle eastern/north african"/ or exp north american/ or exp south american/) and (exp europe/ or european union/ or developed country/ or high income country/ or exp european/)))	
36	ugeskrift for laeger.jn. not ((exp africa/ or exp asia/ or exp Western Hemisphere/ or developing country/ or low income country/ or exp	35347

	african/ or exp asian/ or exp central american/ or exp "middle eastern/north african"/ or exp north american/ or exp south american/) not ((exp africa/ or exp asia/ or exp Western Hemisphere/ or developing country/ or low income country/ or exp african/ or exp asian/ or exp central american/ or exp "middle eastern/north african"/ or exp north american/ or exp south american/) and (exp europe/ or european union/ or developed country/ or high income country/ or exp european/)))	
37	33 or 34 or 35 or 36	512014
38	exp Finland/ or "Finn (people)"/ or "Finn (citizen)"/	45130
39	(Finland* or Finnish or finsk or finn or finns or universitetssjukhus* or universitetscentralsjukhus* or centralsjukhus* or sjukvardsdistrikt or ((universitet* or University or yliopisto? or yliopistollinen or "hospital district") adj3 (Novia or Hame or Kajaani or Kamk or Jamk or Lut or "Haaga-Helia" or Diaconia or Metropolia or Arcada or Oulu or Uleaborg or Vaasa or "Abo Akademi" or Centria or Tamk or Tampere or Tammerfors or Turku or Lapin or Aalto or Laurean or Helsinki or Helsingin or Helsingfors or Kuopio or Joensuu or Nyslott or "Etela-Savo" or Lappi or "Lansi-Pohja" or "Pohjois-Savo"))) or "LAB University of Applied Sciences" or Kainuu or Kajanaland or ((Kanta or Paijat) adj Hame) or ((Egentliga or Paijanne) adj Tavastland) or Kymenlaakso or Kymmenedalen or Lapland or Lappland or ((North or Norra or South or Sodra) adj (Karelia or Karelen or Savo or Savolax)) or Osterbotten or Ostrobothnia or Osthrobotnia or Pirkanmaa or Birkaland or Satakunta or Uusimaa or Nyland or Aaland or Aland or "Varsinais-Suomi").tw,lg,kf.	75055
40	(Finland* or Finnish or finsk or finn or finns or universitetssjukhus* or universitetscentralsjukhus* or centralsjukhus* or sjukvardsdistrikt or ((universitet* or University or yliopisto? or yliopistollinen or "hospital district") adj3 (Novia or Hame or Kajaani or Kamk or Jamk or Lut or "Haaga-Helia" or Diaconia or Metropolia or Arcada or Oulu or Uleaborg or Vaasa or "Abo Akademi" or Centria or Tamk or Tampere or Tammefors or Turku or Lapin or Aalto or Laurean or Helsinki or Helsingin or Helsingfors or Kuopio or Joensuu or Nyslott or "Etela-Savo" or Lappi or "Lansi-Pohja" or "Pohjois-Savo"))) or "LAB University of Applied Sciences" or Kainuu or Kajanaland or ((Kanta or Paijat) adj Hame) or ((Egentliga or Paijanne) adj Tavastland) or Kymenlaakso or Kymmenedalen or Lapland or Lappland or ((North or Norra or South or Sodra) adj (Karelia or Karelen or Savo or Savolax)) or Osterbotten or	274524

	Ostrobothnia or Ostrobothnia or Pirkanmaa or Birkaland or Satakunta or Uusimaa or Nyland or Aaland or Aland or "Varsinais-Suomi").in,ad. not ((exp africa/ or exp asia/ or exp Western Hemisphere/ or developing country/ or low income country/ or exp african/ or exp asian/ or exp central american/ or exp "middle eastern/north african"/ or exp north american/ or exp south american/) not ((exp africa/ or exp asia/ or exp Western Hemisphere/ or developing country/ or low income country/ or exp african/ or exp asian/ or exp central american/ or exp "middle eastern/north african"/ or exp north american/ or exp south american/) and (exp europe/ or european union/ or developed country/ or high income country/ or exp european/)))	
41	("Suomen Laakarilehti" or "Historiallinen arkisto" or "Historiallinen Aikakauskirja" or Katilolehti* or Sairaanhoitaja or Hippokrates* or Hoitotiede or "Sairaanhoitaja (Helsinki)" or "Suomen Hammaslaakarilehti" or "Proceedings of the Finnish Dental Society" or "Sairaanhoidon vuosikirja" or Duodecim*).jn. not ((exp africa/ or exp asia/ or exp Western Hemisphere/ or developing country/ or low income country/ or exp african/ or exp asian/ or exp central american/ or exp "middle eastern/north african"/ or exp north american/ or exp south american/) not ((exp africa/ or exp asia/ or exp Western Hemisphere/ or developing country/ or low income country/ or exp african/ or exp asian/ or exp central american/ or exp "middle eastern/north african"/ or exp north american/ or exp south american/) and (exp europe/ or european union/ or developed country/ or high income country/ or exp european/)))	12112
42	38 or 39 or 40 or 41	306113
43	Iceland/ or Icelander/	7494
44	(Iceland* or icelandic? or islenska or islendigur or landspitali or sjukrahus* or haskoli* or haskolasetur or ((Vestfjordene or Westfjords or Vestfjarda or Holar or Bifrost) adj2 (universit* or landbruksuniversitet* or Landbunadarhaskoli)) or Rannis or Heilbrigdis* or Lydheilst* or "Islands universitet" or Hofudborgarsvaedi* or Reykjanes or Vesturland or Vestfirðir or (Nordurland adj (vestra or eystra)) or Austurland og Sudurland or Reykjavik or Kopavogur or Hafnarfjörður or Akureyri or Gardabaer or Keflavik or Mosfellsbaer or Akranes or Selfoss).tw,lg,kf.	10652
45	(Iceland* or icelandic? or islenska or islendigur or landspitali or sjukrahus* or haskoli* or haskolasetur or ((Vestfjordene or Westfjords	18487

	or Vestfjarda or Holar or Bifrost) adj2 (universit* or landbruksuniversitet* or Landbunadarhaskoli)) or Rannis or Heilbrigdis* or Lydheilst* or "Islands universitet" or Hofudborgarsvaedi* or Reykjanes or Vesturland or Vestfirðir or (Nordurland adj (vestra or eystra)) or Austurland og Sudurland or Reykjavik or Kopavogur or Hafnarfjörður or Akureyri or Gardabaer or Keflavik or Mosfellsbaer or Akranes or Selfoss).in,ad. not ((exp africa/ or exp asia/ or exp Western Hemisphere/ or developing country/ or low income country/ or exp african/ or exp asian/ or exp central american/ or exp "middle eastern/north african"/ or exp north american/ or exp south american/) not ((exp africa/ or exp asia/ or exp Western Hemisphere/ or developing country/ or low income country/ or exp african/ or exp asian/ or exp central american/ or exp "middle eastern/north african"/ or exp north american/ or exp south american/) and (exp europe/ or european union/ or developed country/ or high income country/ or exp european/)))	
46	(Laeknabladid* or Tannlaeknabladid* or "Timarit Hjúkrunarfelags Íslands").jn. not ((exp africa/ or exp asia/ or exp Western Hemisphere/ or developing country/ or low income country/ or exp african/ or exp asian/ or exp central american/ or exp "middle eastern/north african"/ or exp north american/ or exp south american/) not ((exp africa/ or exp asia/ or exp Western Hemisphere/ or developing country/ or low income country/ or exp african/ or exp asian/ or exp central american/ or exp "middle eastern/north african"/ or exp north american/ or exp south american/) and (exp europe/ or european union/ or developed country/ or high income country/ or exp european/)))	1168
47	43 or 44 or 45 or 46	24160
48	(Scandinavia* or scandinavic or Nordic or sami).tw,lg,kf. or (norden or samisk* or samer).ot. or scandinavia/ or north germanic people/ or "sami (people)"/	35399
49	27 or 32 or 37 or 42 or 47 or 48	1720497
50	22 and 49	621
51	(sexual* or marriage or intimate partner or dental or dentist*).ti.	306644
52	50 not 51	603
53	animal/ not human/	1244890
54	52 not 53	603

Cochrane CENTRAL

Søkedato: 24.03.2025

Søketreff: 114

#1 (((involuntary or compulsory or "without consent" or "non-consensual" or non-consensual* or mandatory) near/3 (treatment or therap* or admiss* or admitt* or commit* or hospitali* or confine* or contain* or intervention* or care or (drug next test*))) or "mental health commitment" or restraint or ((physical or mechanical) near/2 restrain*) or coercion or coercive or "therapeutic holding" or "holding therapy" or "physical holding" or detention* or confinement* or containment* or ((escape* or abscond*) near/3 (institution* or residence* or hospital* or care)) or (room next search*) or (body next search*) or (confiscat* near/2 belongings) or (locked next door*)):ti,ab,kw 3830

#2 MeSH descriptor: [Involuntary Treatment] explode all trees 5

#3 MeSH descriptor: [Commitment of Persons with Psychiatric Disorders] explode all trees 78

#4 MeSH descriptor: [Coercion] explode all trees 127

#5 MeSH descriptor: [Restraint, Physical] explode all trees 316

#6 #1 or #2 or #3 or #4 or #5 3875

#7 (child* or teen* or juvenil* or adoles* or youth or minors or preadolescen* or "pre-adolescent" or preteen* or (pre next teen*) or underage* or (under next age*) or youngster* or youth* or (young next people*) or (young next person*)):ti,ab,kw 329325

#8 MeSH descriptor: [Adolescent] explode all trees 135760

#9 MeSH descriptor: [Child] explode all trees 81439

#10 #7 or #8 or #9 329325

#11 #6 and #10 1036

#12 (substance or drug* or addict* or alcohol* or opioid* or (dual next diagnos*)):ti,ab,kw 820147

#13 (mental* or psychiatr* or psycho*):ti,ab,kw 258364

#14 MeSH descriptor: [Substance-Related Disorders] explode all trees 21255

#15 MeSH descriptor: [Mental Health] explode all trees 3386

#16 MeSH descriptor: [Community Mental Health Services] explode all trees 902

#17 MeSH descriptor: [Psychiatry] explode all trees 754

#18 MeSH descriptor: [Hospitals, Psychiatric] explode all trees 304

#19 MeSH descriptor: [Mental Disorders] explode all trees 108729

#20 MeSH descriptor: [Illicit Drugs] explode all trees 325

#21 #12 or #13 or #14 or #15 or #16 or #17 or #18 or #19 or #20 1011560

#22 #6 and #21 2313

#23 #11 or #22 with Cochrane Library publication date Between Jan 2008 and Apr 2025, in Trials 2200

#24 MeSH descriptor: [Scandinavian and Nordic Countries] explode all trees 8672

#25 norway* or norwegian* or sweden* or swedish or swede* or denmark* or danish or dane* or finland or finns or iceland* or sami or greenland or faroe icelands or oslo* or stockholm* or copenhagen* or helsinki* or reykjavik* 82033

#26 #24 or #25 82127

#27 #23 and #26 116

#28 (sexual* or "intimate partner" or dental or dentist*):ti 16979

#29 #27 not #28 114

#30 #11 or #22 2692
 #31 #30 and #25 151
 #32 #31 not #28 in Cochrane Reviews, Cochrane Protocols 14

Ekstrasøk 30.04.2025

Søketreff: 45

- #1 ("civil commitment" or ((involuntary or compulsory or "without consent" or "non-consensual" or nonconsensual* or mandatory or statutory) near/3 (treatment or therap* or admiss* or admitt* or commit* or hospitali* or confine* or contain* or intervention* or care or placement* or placed or (drug next test*)))):ti,ab,kw
- #2 MeSH descriptor: [Scandinavian and Nordic Countries] explode all trees
- #3 norway* or norwegian* or sweden* or swedish or swede* or denmark* or danish or dane* or finland or finns or iceland* or sami or greenland or faroe icelands or oslo* or stockholm* or copenhagen* or helsinki* or reykjavik*
- #4 #2 or #3
- #5 #1 and #4 Publication year 2008-2025

Scopus

Søkedato: 24.03.2025

Det ble utført to søk for hvert land (1- tvangsbruk og barn/unge, 2- tvangsbruk og psykisk helse/rus). Søketreff totalt: 1070

Søk 1: Tvangsbruk OG barn/unge OG Norge

Søketreff: 39

((TITLE-ABS-KEY (((involuntary OR compulsory OR coerc* OR "without consent" OR "non-consensual" OR nonconsensual*) W/3 (treatment OR therap* OR admiss* OR admitt* OR commit* OR hospitali* OR confine* OR contain* OR intervention* OR care)) OR "mental health commitment" OR restraint OR ((physical OR mechanical) W/2 restrain*) OR coercion OR "therapeutic holding" OR "holding therapy" OR "physical holding" OR detention* OR confinement* OR containment*) AND TITLE-ABS-KEY (child* OR teen* OR juvenil* OR adoles* OR youth OR minors OR preadolescen* OR "pre-adolescent" OR preteen* OR underage* OR youngster* OR youth* OR "young people" OR "young persons"))) AND ((TITLE-ABS (norway* OR norwegian* OR norge OR sykehus* OR sjukehus* OR ((universitet* OR university OR univ) W/2 (haukeland OR nordnorge OR norge* OR bergen OR stavanger OR tromso OR tromsoe OR trondheim OR levanger OR gjovik OR gjoevik OR harstad OR lillehammer OR narvik OR nesna OR stord OR haugesund OR volda OR aalesund OR alesund)) OR ((universitet* OR university OR univ) W/0 nord) OR sentralsjukehus* OR sentralsykehus* OR finnmarkssykehuset OR helgelandssykehuset OR nordlandssykehuset OR innlandet OR "Olav* Hospital*" OR revmatismesykehus OR lungesykehus OR "Hospitalet Betanien" OR kysthospitalet OR aleris OR feiringklinikken OR glittreklinikken OR "Hjertesenteret i Oslo" OR "Medi 3" OR "Volvat Medisinske Senter" OR "Helse Vest" OR "Helse Stavanger" OR "Helse fonna" OR "helse bergen" OR "helse

forde" OR "helse foerde" OR sjukehusapotek* OR sykehusapotek* OR "helse midt norge" OR "helse midtnorge" OR "Ambulanse Midtnorge" OR "Ambulanse Midt norge" OR "helse nord" OR "Helse Sorost" OR "Helse Sor ost" OR "Helse Soeroest" OR "Helse Soer oest" OR sunnaas OR sunnas OR sorlandet OR soerlandet OR oslomet OR akershus OR viken OR austagder OR agder OR buskerud OR finnmark OR hedmark OR hordaland OR romsdal OR nordland OR nordtrondelag OR trondelag OR nordtroendelag OR troendelag OR oppland OR oslo OR rogaland OR fjordane OR sortrondelag OR soertroendelag OR telemark OR troms OR vestagder OR vestfold OR ostfold OR oestfold OR longyearbyen OR innlandet OR vestland) OR AUTHKEY (norway* OR norwegian* OR norge OR sykehus* OR sjukehus* OR (universitet* OR university OR univ) W/2 (haukeland OR nordnorge OR norge* OR bergen OR stavanger OR tromso OR tromsoe OR trondheim OR levanger OR gjovik OR gjoevik OR harstad OR lillehammer OR narvik OR nesna OR stord OR haugesund OR volda OR aalesund OR alesund)) OR ((universitet* OR university OR univ) W/0 nord) OR sentralsjukehus* OR sentralsykehus* OR finnmarkssykehuset OR helgelandssykehuset OR nordlandssykehuset OR innlandet OR "Olav* Hospital*" OR revmatismesykehus OR lungesykehus OR "Hospitalet Betanien" OR kysthospitalet OR aleris OR feiringklinikken OR glittreklinikken OR "Hjertesenteret i Oslo" OR "Medi 3" OR "Volvat Medisinske Senter" OR "Helse Vest" OR "Helse Stavanger" OR "Helse fonna" OR "helse bergen" OR "helse foerde" OR "helse foerde" OR sjukehusapotek* OR sykehusapotek* OR "helse midt norge" OR "helse midtnorge" OR "Ambulanse Midtnorge" OR "Ambulanse Midt norge" OR "helse nord" OR "Helse Sorost" OR "Helse Sor ost" OR "Helse Soeroest" OR "Helse Soer oest" OR sunnaas OR sunnas OR sorlandet OR soerlandet OR oslomet OR akershus OR viken OR austagder OR agder OR buskerud OR finnmark OR hedmark OR hordaland OR romsdal OR nordland OR nordtrondelag OR trondelag OR nordtroendelag OR troendelag OR oppland OR oslo OR rogaland OR fjordane OR sortrondelag OR soertroendelag OR telemark OR troms OR vestagder OR vestfold OR ostfold OR oestfold OR longyearbyen OR innlandet OR vestland) OR LANGUAGE (norwegian) OR AFFILCOUNTRY (norway)) AND NOT (INDEX (embase OR medline) OR (PMID (0* OR 1* OR 2* OR 3* OR 4* OR 5* OR 6* OR 7* OR 8* OR 9*)))) AND PUBYEAR > 2007 AND PUBYEAR < 2025 AND (LIMIT-TO (SUBJAREA , "SOCI") OR LIMIT-TO (SUBJAREA , "PSYC") OR LIMIT-TO (SUBJAREA , "MEDI") OR LIMIT-TO (SUBJAREA , "NURS") OR LIMIT-TO (SUBJAREA , "HEAL"))

Søk 2: Tvangsbruk OG barn/unge OG Sverige

Søketreff: 96

((TITLE-ABS-KEY ((involuntary OR compulsory OR coerc* OR "without consent" OR "non-consensual" OR nonconsensual*) W/3 (treatment OR therap* OR admitt* OR admitt* OR commit* OR hospitali* OR confine* OR contain* OR intervention* OR care)) OR "mental health commitment" OR restraint OR ((physical OR mechanical) W/2 restrain*) OR coercion OR "therapeutic holding" OR "holding therapy" OR "physical holding" OR detention* OR confinement* OR containment*) AND TITLE-ABS-KEY (child* OR teen* OR juvenil* OR adoles* OR youth OR minors OR preadolescen* OR "pre-adolescent" OR preteen* OR underage* OR young-

ster* OR youth* OR "young people" OR "young persons")) AND ((TITLE-ABS (sweden* OR swedish OR swede OR swedes OR sverige OR sjukhus* OR centralsjukhus* OR laenssjukhus* OR lanssjukhus* OR lansdelssjukhus* OR laensdelssjukhus* OR barnsjukhus* OR ungdomssjukhus* OR lasarett* OR regionsjukhus* OR narsjukhus* OR naersjukhus* OR specialistsjukhus* OR beckombergsjukhuset OR "Danvikens hospital" OR konradsberg OR "karolinska institute*" OR (karolinska W/1 hosp*) OR ("astrid lindgren" W/1 hosp*) OR sahlgrenska OR radiumhemmet OR sophiahemmet OR sodersjukhuset OR soedersjukhuset OR blekingesjukhuset OR anestesiklinik* OR linneuniversitetet OR mittuniversitetet OR "Royal Institute of Technology" OR ((universitet* OR universit* OR univ) W/1 (norrland* OR skaane OR skaanes OR skane OR skanes OR lindkoping OR orebro OR lindkoeping OR oerebro OR lund OR lunds OR uppsala OR gothenborg* OR gothenburg* OR goteborg* OR goteburg* OR gothenborg* OR gothenburg* OR goeteborg* OR goeteburg* OR umeaa OR umeaas OR umea OR umeas OR luleaa OR lulea OR karlstad* OR vaxjo OR vaexjo OR vaxjoe OR vaexjoe OR kalmar OR tekniska OR linnaeus OR chalmers OR malmo OR malmoe OR malardalen* OR maelardalen* OR karolinska)) OR blekinge OR dalarna OR dalarnas OR gotland OR gavleborg* OR gaevleborg* OR hal-land OR jamtland* OR jaemtland* OR jonkoping* OR joenkoping* OR kalmar OR kalmar OR kronoberg OR kronobergs OR norbotten OR skaane OR skane OR stockholm* OR sodermanland* OR soedermanland* OR uppsala* OR varmland* OR vaerm-land* OR vasterbotten* OR vaesterbotten* OR vasternorrland* OR vaesternorrland* OR vastmanland* OR vaestmanland* OR gotaland* OR orebro* OR "oster gotland*" OR goetaland* OR oerebro* OR "oester gotland*") OR AUTHKEY (sweden* OR swedish OR swede OR swedes OR sverige OR sjukhus* OR centralsjukhus* OR laenssjukhus* OR lanssjukhus* OR lansdelssjukhus* OR laensdelssjukhus* OR barnsjukhus* OR ungdomssjukhus* OR lasarett* OR regionsjukhus* OR narsjukhus* OR naersjukhus* OR specialistsjukhus* OR beckombergsjukhuset OR "Danvikens hospital" OR konradsberg OR "karolinska institute*" OR (karolinska W/1 hosp*) OR ("astrid lindgren" W/1 hosp*) OR sahlgrenska OR radiumhemmet OR sophiahemmet OR sodersjukhuset OR soedersjukhuset OR blekingesjukhuset OR anestesiklinik* OR linneuniversitetet OR mittuniversitetet OR "Royal Institute of Technology" OR ((universitet* OR universit* OR univ) W/1 (norrland* OR skaane OR skaanes OR skane OR skanes OR lindkoping OR orebro OR lindkoeping OR oerebro OR lund OR lunds OR uppsala OR gothenborg* OR gothenburg* OR goteborg* OR goteburg* OR gothenborg* OR gothenburg* OR goeteborg* OR goeteburg* OR umeaa OR umeaas OR umea OR umeas OR luleaa OR lulea OR karlstad* OR vaxjo OR vaexjo OR vaxjoe OR vaexjoe OR kalmar OR tekniska OR linnaeus OR chalmers OR malmo OR malmoe OR malardalen* OR maelardalen* OR karolinska)) OR blekinge OR dalarna OR dalarnas OR gotland OR gavleborg* OR gaevleborg* OR hal-land OR jamtland* OR jaemtland* OR jonkoping* OR joenkoping* OR kalmar OR kalmar OR kronoberg OR kronobergs OR norbotten OR skaane OR skane OR stockholm* OR sodermanland* OR soedermanland* OR uppsala* OR varmland* OR vaerm-land* OR vasterbotten* OR vaesterbotten* OR vasternorrland* OR vaesternorrland* OR vastmanland* OR vaestmanland* OR gotaland* OR orebro* OR "oster got-

land*" OR goetaland* OR oerebro* OR "oester gotland*") OR LANGUAGE (swe-
dish) OR AFFILCOUNTRY (sweden)) AND NOT (INDEX (embase OR med-
line) OR (PMID (0* OR 1* OR 2* OR 3* OR 4* OR 5* OR 6* OR 7* OR 8* OR 9*)))) AN
D PUBYEAR > 2007 AND PUBYEAR < 2026 AND (LIMIT-TO (SUB-
JAREA , "SOCI") OR LIMIT-TO (SUBJAREA , "PSYC") OR LIMIT-TO (SUB-
JAREA , "MEDI") OR LIMIT-TO (SUBJAREA , "HEAL") OR LIMIT-TO (SUB-
JAREA , "NURS") OR LIMIT-TO (SUBJAREA , "MULT")))

Søk 3: Tvangsbruk OG barn/unge OG Danmark

Søketreff: 42

((TITLE-ABS-KEY (((involuntary OR compulsory OR coerc* OR "without consent" OR
"non-consensual" OR nonconsensual*) W/3 (treatment OR therap* OR admiss* OR ad-
mitt* OR commit* OR hospitali* OR confine* OR contain* OR intervention* OR care))
OR "mental health commitment" OR restraint OR ((physical OR mechanical) W/2 re-
strain*) OR coercion OR "therapeutic holding" OR "holding therapy" OR "physical hold-
ing" OR detention* OR confinement* OR containment*) AND TITLE-ABS-KEY (child*
OR teen* OR juvenil* OR adoles* OR youth OR minors OR preadolescen* OR "pre-ado-
lescent" OR preteen* OR underage* OR youngster* OR youth* OR "young people" OR
"young persons"))) AND ((TITLE-ABS (denmark* OR danish OR danmark OR sy-
gehus* OR ((universitet* OR universit* OR hospital* OR hosp) W/2 (amager* OR au-
gustenburg* OR bornholm* OR farso* OR give OR herning* OR hobro* OR koge OR
koege OR oringe* OR randers OR ringsted* OR skagen* OR "sct. hans*" OR tarm OR ton-
der* OR toender* OR thisted* OR vejle* OR viborg* OR aalborg* OR aarhus* OR alborg*
OR arhus*)) OR specialhospital* OR universitetshospital* OR regionshospital* OR
"Psykiatrisk Cent*" OR "Psykoteraapeutisk Cent*" OR psykiatricenter* OR kom-
munehospital* OR centralsygeh* OR "Hammel Neurocenter*" OR "Vest Ribe*" OR
aabenraa* OR abenra* OR aeroskobing* OR aroskobing* OR aeroeskobing* OR
aroeskobing* OR allerup* OR bispebjerg* OR brønderslev* OR broenderslev* OR copen-
hagen* OR esbjerg* OR fakse OR fredericia* OR frederiksberg* OR frederikshavn* OR
gentofte* OR glostrup* OR grenaa* OR grena* OR grindsted* OR haderslev* OR herlev*
OR hjorring* OR hjoerring* OR holbaek* OR holbak* OR holstebro* OR horsens* OR
hovedstaden* OR hvidovre* OR kalundborg* OR københavn* OR koebenhavn* OR kol-
ding* OR korsør* OR korsoer* OR lemvig* OR middelfart* OR midtjylland* OR
naestved* OR nakskov* OR nastved* OR nordjylland* OR nordsjaelland* OR nordsjal-
land* OR nykøbing* OR nykoebing* OR odense* OR poppelhus* OR rigshospitalet* OR
ringkøbing* OR ringkoebing* OR risskov* OR roskilde* OR silkeborg* OR sjælland* OR
sjælland* OR skanderborg* OR skejby* OR slagelse* OR sønderborg* OR soenderborg*
OR stolpegaard* OR svendborg* OR syddanmark* OR sydvestjysk* OR syddansk* OR
"Tekniske Universitet*" OR "IT Universitetet*" OR ituniversitetet* OR "aarhus univ*"
OR "aalborg univ*" OR "U of Aarhus*" OR "U of aalborg*" OR "Univ of Aarhus*" OR
"Univ of aalborg*" OR "arhus univ*" OR "alborg univ*" OR "U of Arhus*" OR "U of al-
borg*" OR "Univ of Arhus*" OR "Univ of aalborg*") OR AUTHKEY (denmark* OR danish
OR danmark OR sygehus* OR ((universitet* OR universit* OR hospital* OR hosp) W/2
(amager* OR augustenburg* OR bornholm* OR farso* OR give OR herning* OR hobro*
OR koge OR koege OR oringe* OR randers OR ringsted* OR skagen* OR "sct. hans*" OR
tarm OR tonder* OR toender* OR thisted* OR vejle* OR viborg* OR aalborg* OR aarhus*

OR alborg* OR arhus*)) OR specialhospital* OR universitetshospital* OR regionshospital* OR "Psykiatrisk Cent*" OR "Psykoteraapeutisk Cent*" OR psykiatricenter* OR kommunehospital* OR centralsygeh* OR "Hammel Neurocenter*" OR "Vest Ribe*" OR aabenraa* OR abenra* OR aeroskobing* OR aroskobing* OR aeroeskobing* OR aroeskobing* OR allerup* OR bispebjerg* OR brønderslev* OR broenderslev* OR copenhagen* OR esbjerg* OR fakse OR fredericia* OR frederiksberg* OR frederikshavn* OR gentofte* OR glostrup* OR grenaa* OR grena* OR grindsted* OR haderslev* OR herlev* OR hjorring* OR hjoerring* OR holbaek* OR holbak* OR holstebro* OR horsens* OR hovedstaden* OR hvidovre* OR kalundborg* OR københavn* OR koebenhavn* OR kolding* OR korsør* OR korsoer* OR lemvig* OR middelfart* OR midtjylland* OR naestved* OR nakskov* OR nastved* OR nordjylland* OR nordsjaelland* OR nordsjælland* OR nykobing* OR nykoebing* OR odense* OR poppelhus* OR rigshospitalet* OR ringkobing* OR ringkoebing* OR risikov* OR roskilde* OR silkeborg* OR sjælland* OR sjælland* OR skanderborg* OR skejby* OR slagelse* OR sonderborg* OR soenderborg* OR stolpegaard* OR svendborg* OR syddanmark* OR sydvestjysk* OR syddansk* OR "Tekniske Universitet*" OR "IT Universitetet*" OR ituniversitetet* OR "aarhus univ*" OR "aalborg univ*" OR "U of Aarhus*" OR "U of aalborg*" OR "Univ of Aarhus*" OR "Univ of aalborg*" OR "arhus univ*" OR "alborg univ*" OR "U of Arhus*" OR "U of aalborg*" OR "Univ of Arhus*" OR "Univ of aalborg*") OR LANGUAGE (danish) OR AFFILCOUNTRY (denmark)) AND NOT (INDEX (embase OR medline) OR (PMID (0* OR 1* OR 2* OR 3* OR 4* OR 5* OR 6* OR 7* OR 8* OR 9*)))) AND PUBYEAR > 2007 AND PUBYEAR < 2026 AND (LIMIT-TO (SUBJAREA , "SOCI") OR LIMIT-TO (SUBJAREA , "PSYC") OR LIMIT-TO (SUBJAREA , "MEDI"))

Søk 4: Tvangsbruk OG barn/unge OG Finland

Søketreff: 35

((TITLE-ABS-KEY ((involuntary OR compulsory OR coerc* OR "without consent" OR "non-consensual" OR nonconsensual*) W/3 (treatment OR therap* OR admiss* OR admitt* OR commit* OR hospitali* OR confine* OR contain* OR intervention* OR care)) OR "mental health commitment" OR restraint OR ((physical OR mechanical) W/2 restrain*) OR coercion OR "therapeutic holding" OR "holding therapy" OR "physical holding" OR detention* OR confinement* OR containment*) AND TITLE-ABS-KEY (child* OR teen* OR juvenil* OR adoles* OR youth OR minors OR preadolescen* OR "pre-adolescent" OR preteen* OR underage* OR youngster* OR youth* OR "young people" OR "young persons"))) AND ((TITLE-ABS (finland* OR finnish OR finsk OR finn OR finns OR universitetssjukhus* OR universitetscentralsjukhus* OR centralsjukhus* OR sjukvardsdistrikt OR ((universitet* OR university OR yliopisto* OR yliopistollinen OR "hospital district") W/2 (novia OR hame OR kajaani OR kamk OR jamk OR lut OR "Haaga-Helia" OR diaconia OR metropolia OR arcada OR oulu OR uleaborg OR vaasa OR "Abo Akademi" OR centria OR tamk OR tampere OR tammerfors OR turku OR lapin OR aalto OR laurean OR helsinki OR helsingin OR helsingfors OR kuopio OR joensuu OR nyslott OR "Etela-Savo" OR lappi OR "Lansi-Pohja" OR "Pohjois-Savo")) OR "LAB University of Applied Sciences" OR kainuu OR kajanaland OR ((kanta OR pajjat) PRE/0 hame) OR ((egentliga OR pajanne) PRE/0 tavastland) OR kymenlaakso OR kymmenedalen OR lapland OR lappland OR ((north OR norra OR south OR sodra) PRE/0 (karelia OR karelen OR savo OR savolax)) OR osterbotten OR ostrobothnia OR

osthrobotnia OR pirkanmaa OR birkaland OR satakunta OR uusimaa OR nyland OR aaland OR aland OR "Varsinais-Suomi") OR AUTHKEY (finland* OR finnish OR finsk OR finn OR finns OR universitetssjukhus* OR universitetscentralsjukhus* OR centralsjukhus* OR sjukvardsdistrikt OR ((universitet* OR university OR yliopisto* OR yliopistollinen OR "hospital district") W/2 (novia OR hame OR kajaani OR kamk OR jamk OR lut OR "Haaga-Helia" OR diaconia OR metropolia OR arcada OR oulu OR uleaborg OR vaasa OR "Abo Akademi" OR centria OR tamk OR tampere OR tammerfors OR turku OR lapin OR aalto OR laurean OR helsinki OR helsingin OR helsingfors OR kuopio OR joensuu OR nyslott OR "Etela-Savo" OR lappi OR "Lansi-Pohja" OR "Pohjois-Savo")) OR "LAB University of Applied Sciences" OR kainuu OR kajanaland OR ((kanta OR paijat) PRE/0 hame) OR ((egentliga OR paijanne) PRE/0 tavastland) OR kymenlaakso OR kymmenedalen OR lapland OR lappland OR ((north OR norra OR south OR sodra) PRE/0 (karelia OR karelen OR savo OR savolax)) OR osterbotten OR ostrobothnia OR osthrobotnia OR pirkanmaa OR birkaland OR satakunta OR uusimaa OR nyland OR aaland OR aland OR "Varsinais-Suomi") OR LANGUAGE (finnish) OR AFFILCOUNTRY (finland)) AND NOT (INDEX (embase OR medline) OR (PMID (0* OR 1* OR 2* OR 3* OR 4* OR 5* OR 6* OR 7* OR 8* OR 9*)))) AND PUBYEAR > 2007 AND PUBYEAR < 2026 AND (LIMIT-TO (SUBJAREA , "SOCI") OR LIMIT-TO (SUBJAREA , "PSYC") OR LIMIT-TO (SUBJAREA , "MEDI") OR LIMIT-TO (SUBJAREA , "NURS"))

Søk 5: Tvangsbruk OG barn/unge OG Island

Søketreff: 2

((TITLE-ABS-KEY (((involuntary OR compulsory OR coerc* OR "without consent" OR "non-consensual" OR nonconsensual*) W/3 (treatment OR therap* OR admiss* OR admitt* OR commit* OR hospitali* OR confine* OR contain* OR intervention* OR care)) OR "mental health commitment" OR restraint OR ((physical OR mechanical) W/2 restrain*) OR coercion OR "therapeutic holding" OR "holding therapy" OR "physical holding" OR detention* OR confinement* OR containment*) AND TITLE-ABS-KEY (child* OR teen* OR juvenil* OR adoles* OR youth OR minors OR preadolescen* OR "pre-adolescent" OR preteen* OR underage* OR youngster* OR youth* OR "young people" OR "young persons"))) AND ((TITLE-ABS (iceland* OR icelandic* OR islenska OR islendigur OR landspitali OR sjukrahus* OR haskoli* OR haskolasetur OR ((vestfjordene OR westfjords OR vestfjarda OR holar OR bifrost) W/1 (universit* OR landbruksuniversitet* OR landbunadarhaskoli)) OR rannis OR heilbrigdis* OR lyðheilst* OR "Islands universitet" OR hofudborgarsvaedi* OR reykjanes OR vesturland OR vestfirðir OR (nordurland PRE/0 (vestra OR eystra)) OR austurland AND og AND sudurland OR reykjavik OR kopavogur OR hafnarfjordur OR akureyri OR gardabaer OR keflavik OR mosfellsbaer OR akranes OR selfoss) OR AUTHKEY (iceland* OR icelandic* OR islenska OR islendigur OR landspitali OR sjukrahus* OR haskoli* OR haskolasetur OR ((vestfjordene OR westfjords OR vestfjarda OR holar OR bifrost) W/1 (universit* OR landbruksuniversitet* OR landbunadarhaskoli)) OR rannis OR heilbrigdis* OR lyðheilst* OR "Islands universitet" OR hofudborgarsvaedi* OR reykjanes OR vesturland OR vestfirðir OR (nordurland PRE/0 (vestra OR eystra)) OR austurland AND og AND sudurland OR reykjavik OR kopavogur OR hafnarfjordur OR akureyri OR gardabaer OR keflavik OR mosfellsbaer OR akranes OR selfoss) OR LANGUAGE (icelandic) OR AFFILCOUNTRY (iceland)) AND NOT (INDEX (embase OR medline) OR (PMID (0* OR 1* OR 2* OR 3* OR 4* OR 5* OR 6* OR 7* OR 8* OR 9*)))) AND PUBYEAR > 2012 AND

PUBYEAR < 2025 AND (LIMIT-TO (SUBJAREA , "PSYC") OR LIMIT-TO (SUBJAREA , "SOCI"))

Søk 6: Tvangsbruk OG barn/unge OG Norden

Søketreff: 32

((TITLE-ABS-KEY ((involuntary OR compulsory OR coerc* OR "without consent" OR "non-consensual" OR nonconsensual*) W/3 (treatment OR therap* OR admiss* OR admitt* OR commit* OR hospitali* OR confine* OR contain* OR intervention* OR care)) OR "mental health commitment" OR restraint OR ((physical OR mechanical) W/2 restrain*) OR coercion OR "therapeutic holding" OR "holding therapy" OR "physical holding" OR detention* OR confinement* OR containment*) AND TITLE-ABS-KEY (child* OR teen* OR juvenil* OR adoles* OR youth OR minors OR preadolescen* OR "pre-adolescent" OR preteen* OR underage* OR youngster* OR youth* OR "young people" OR "young persons"))) AND (TITLE-ABS-KEY (scandinavia* OR nordic)) AND PUBYEAR > 2007 AND PUBYEAR < 2026 AND (LIMIT-TO (SUBJAREA , "MEDI") OR LIMIT-TO (SUBJAREA , "SOCI") OR LIMIT-TO (SUBJAREA , "PSYC") OR LIMIT-TO (SUBJAREA , "ARTS"))

Søk 7: Tvangsbruk OG psykisk helse/rus OG Norge

Søketreff: 83

((TITLE-ABS-KEY ((involuntary OR compulsory OR coerc* OR "without consent" OR "non-consensual" OR nonconsensual*) W/3 (treatment OR therap* OR admiss* OR admitt* OR commit* OR hospitali* OR confine* OR contain* OR intervention* OR care)) OR "mental health commitment" OR restraint OR ((physical OR mechanical) W/2 restrain*) OR coercion OR "therapeutic holding" OR "holding therapy" OR "physical holding" OR detention* OR confinement* OR containment*) AND TITLE-ABS-KEY (substance OR drug* OR addict* OR alcohol* OR opioid* OR "dual disorder" OR mental* OR psychiatr* OR psycho*))) AND ((TITLE-ABS (norway* OR norwegian* OR norge OR sykehus* OR sjukehus* OR ((universitet* OR university OR univ) W/2 (haukeland OR nordnorge OR norge* OR bergen OR stavanger OR tromso OR tromsoe OR trondheim OR levanger OR gjovik OR gjoevik OR harstad OR lillehammer OR narvik OR nesna OR stord OR haugesund OR volda OR aalesund OR alesund)) OR ((universitet* OR university OR univ) W/0 nord) OR sentralsjukehus* OR sentralsykehus* OR finnmarkssykehuset OR helgelandssykehuset OR nordlandssykehuset OR innlandet OR "Olav* Hospital*" OR revmatismesykehus OR lungesykehus OR "Hospitalet Betanien" OR kysthospitalet OR aleris OR feiringklinikken OR glittreklinikken OR "Hjertesenteret i Oslo" OR "Medi 3" OR "Volvat Medisinske Senter" OR "Helse Vest" OR "Helse Stavanger" OR "Helse fonna" OR "helse bergen" OR "helse forde" OR "helse foerde" OR sjukehusapotek* OR sykehusapotek* OR "helse midt norge" OR "helse midtnorge" OR "Ambulanse Midtnorge" OR "Ambulanse Midt norge" OR "helse nord" OR "Helse Sorost" OR "Helse Sor ost" OR "Helse Soeroest" OR "Helse Soer oest" OR sunnaas OR sunnas OR sorlandet OR soerlandet OR oslomet OR akershus OR viken OR austagder OR agder OR buskerud OR finnmark OR hedmark OR hordaland OR romsdal OR nordland OR nordtrondelag OR trondelag OR nordtroendelag OR troendelag OR oppland OR oslo OR rogaland OR fjordane OR sortrondelag OR soertroendelag OR telemark OR troms OR vestagder OR vestfold OR ostfold OR oestfold OR longyearbyen OR innlandet OR vestland) OR AUTHKEY (norway* OR norwegian* OR norge OR sykehus* OR sjukehus* OR (

universitet* OR university OR univ) W/2 (haukeland OR nordnorge OR norge* OR bergen OR stavanger OR tromso OR tromsø OR trondheim OR levanger OR gjovik OR gjoevik OR harstad OR lillehammer OR narvik OR nesna OR stord OR haugesund OR volda OR aalesund OR alesund)) OR ((universitet* OR university OR univ) W/0 nord) OR sentralsjukehus* OR sentralsykehus* OR finnmarkssykehuset OR helgelandssykehuset OR nordlandssykehuset OR innlandet OR "Olav* Hospital*" OR revmatismesykehus OR lungesykehus OR "Hospitalet Betanien" OR kysthospitalet OR aleris OR feiring-klinikken OR glittreklinikken OR "Hjertesenteret i Oslo" OR "Medi 3" OR "Volvat Medisinske Senter" OR "Helse Vest" OR "Helse Stavanger" OR "Helse fonna" OR "helse bergen" OR "helse forde" OR "helse foerde" OR sjukehusapotek* OR sykehusapotek* OR "helse midt norge" OR "helse midtnorge" OR "Ambulanse Midtnorge" OR "Ambulanse Midt norge" OR "helse nord" OR "Helse Sorost" OR "Helse Sor ost" OR "Helse Soeroest" OR "Helse Soer oest" OR sunnaas OR sunnas OR sorlandet OR soerlandet OR oslomet OR akershus OR viken OR austagder OR agder OR buskerud OR finnmark OR hedmark OR hordaland OR romsdal OR nordland OR nordtrondelag OR trondelag OR nordtroendelag OR troendelag OR oppland OR oslo OR rogaland OR fjordane OR sortrondelag OR soertroendelag OR telemark OR troms OR vestagder OR vestfold OR ostfold OR oestfold OR longyearbyen OR innlandet OR vestland) OR LANGUAGE (norwegian) OR AF-FILCOUNTRY (norway)) AND NOT (INDEX (embase OR medline) OR (PMID (0* OR 1* OR 2* OR 3* OR 4* OR 5* OR 6* OR 7* OR 8* OR 9*)))) AND PUBYEAR > 2007 AND PUBYEAR < 2026 AND (LIMIT-TO (SUBJAREA , "SOCI") OR LIMIT-TO (SUBJAREA , "MEDI") OR LIMIT-TO (SUBJAREA , "PSYC") OR LIMIT-TO (SUBJAREA , "ARTS") OR LIMIT-TO (SUBJAREA , "NURS") OR LIMIT-TO (SUBJAREA , "HEAL"))

Søk 8: Tvangsbruk OG psykisk helse/rus OG Sverige

Søketreff: 126

((TITLE-ABS-KEY (((involuntary OR compulsory OR coerc* OR "without consent" OR "non-consensual" OR nonconsensual*) W/3 (treatment OR therap* OR admiss* OR admitt* OR commit* OR hospitali* OR confine* OR contain* OR intervention* OR care)) OR "mental health commitment" OR restraint OR ((physical OR mechanical) W/2 restrain*) OR coercion OR "therapeutic holding" OR "holding therapy" OR "physical holding" OR detention* OR confinement* OR containment*) AND TITLE-ABS-KEY (substance OR drug* OR addict* OR alcohol* OR opioid* OR "dual disorder" OR mental* OR psychiatr* OR psycho*))) AND ((TITLE-ABS (sweden* OR swedish OR swede OR swedes OR sverige OR sjukhus* OR centralsjukhus* OR laenssjukhus* OR lanssjukhus* OR lamsdelssjukhus* OR laensdelssjukhus* OR barnsjukhus* OR ungdomssjukhus* OR lasarett* OR regionsjukhus* OR narsjukhus* OR naersjukhus* OR specialistsjukhus* OR beckombergasykehuset OR "Danvikens hospital" OR konradsberg OR "karolinska institute*" OR (karolinska W/1 hosp*) OR ("astrid lindgren" W/1 hosp*) OR sahlgrenska OR radiumhemmet OR sophiahemmet OR sodersjukhuset OR soedersjukhuset OR blekingesjukhuset OR anestesiklinik* OR linneuniversitetet OR mittuniversitetet OR "Royal Institute of Technology" OR ((universitet* OR universit* OR univ) W/1 (norrland* OR skaane OR skaanes OR skane OR skanes OR lindkoping OR orebro OR lindkoeping OR oerebro OR lund OR lunds OR uppsala OR gothenborg* OR gothenburg* OR goteborg* OR goteburg* OR goethenborg* OR goethenborg* OR goeteborg* OR goeteburg* OR umeaa OR umeaas OR umea OR umeas OR luleaa OR lulea OR karlstad* OR

vaxjo OR vaexjo OR vaxjoe OR vaexjoe OR kalmar OR tekniska OR linnaeus OR chalmers
 OR malmo OR malmoe OR malardalen* OR maelardalen* OR karolinska)) OR blekinge
 OR dalarna OR dalarnas OR gotland OR gavleborg* OR gaevleborg* OR halland OR
 jamtland* OR jaemtland* OR jonkoping* OR joenkoping* OR kalmar OR kalmars OR
 kronoberg OR kronobergs OR norbotten OR skaane OR skane OR stockholm* OR soder-
 manland* OR soedermanland* OR uppsala* OR varmland* OR vaermland* OR
 vasterbotten* OR vaesterbotten* OR vasternorrland* OR vaesternorrland* OR vastman-
 land* OR vaestmanland* OR gotaland* OR orebro* OR "oster gotland*" OR goetaland*
 OR oerebro* OR "oester gotland*") OR AUTHKEY (sweden* OR swedish OR swede OR
 swedes OR sverige OR sjukhus* OR centralsjukhus* OR laenssjukhus* OR lanssjukhus*
 OR lamsdelssjukhus* OR laensdelssjukhus* OR barnsjukhus* OR ungdomssjukhus* OR
 lasarett* OR regionsjukhus* OR narsjukhus* OR naersjukhus* OR specialistsjukhus* OR
 beckombergasykehuset OR "Danvikens hospital" OR konradsberg OR "karolinska insti-
 tute*" OR (karolinska W/1 hosp*) OR ("astrid lindgren" W/1 hosp*) OR sahlgrenska
 OR radiumhemmet OR sophiahemmet OR sodersjukhuset OR soedersjukhuset OR ble-
 kingesjukhuset OR anestesiklinik* OR linneuniversitetet OR mittuniversitetet OR
 "Royal Institute of Technology" OR ((universitet* OR universit* OR univ) W/1 (norr-
 land* OR skaane OR skaanes OR skane OR skanes OR lindkoping OR orebro OR lind-
 koeping OR oerebro OR lund OR lunds OR uppsala OR gothenborg* OR gothenburg* OR
 goteborg* OR goteburg* OR goethenborg* OR goethenborg* OR goeteborg* OR goete-
 burg* OR umeaa OR umeaas OR umea OR umeas OR luleaa OR lulea OR karlstad* OR
 vaxjo OR vaexjo OR vaxjoe OR vaexjoe OR kalmar OR tekniska OR linnaeus OR chalmers
 OR malmo OR malmoe OR malardalen* OR maelardalen* OR karolinska)) OR blekinge
 OR dalarna OR dalarnas OR gotland OR gavleborg* OR gaevleborg* OR halland OR
 jamtland* OR jaemtland* OR jonkoping* OR joenkoping* OR kalmar OR kalmars OR
 kronoberg OR kronobergs OR norbotten OR skaane OR skane OR stockholm* OR soder-
 manland* OR soedermanland* OR uppsala* OR varmland* OR vaermland* OR
 vasterbotten* OR vaesterbotten* OR vasternorrland* OR vaesternorrland* OR vastman-
 land* OR vaestmanland* OR gotaland* OR orebro* OR "oster gotland*" OR goetaland*
 OR oerebro* OR "oester gotland*") OR LANGUAGE (swedish) OR AFFILCOUNTRY (
 sweden)) AND NOT (INDEX (embase OR medline) OR (PMID (0* OR 1* OR 2* OR 3*
 OR 4* OR 5* OR 6* OR 7* OR 8* OR 9*))) AND PUBYEAR > 2007 AND PUBYEAR <
 2026 AND (LIMIT-TO (SUBJAREA , "SOCI") OR LIMIT-TO (SUBJAREA , "MEDI") OR
 LIMIT-TO (SUBJAREA , "PSYC") OR LIMIT-TO (SUBJAREA , "ARTS") OR LIMIT-TO (
 SUBJAREA , "NURS") OR LIMIT-TO (SUBJAREA , "MULT") OR LIMIT-TO (SUBJAREA ,
 "HEAL"))

Søk 9: Tvangsbruk OG psykisk helse/rus OG Danmark

Søketreff: 69

((TITLE-ABS-KEY ((involuntary OR compulsory OR coerc* OR "without consent" OR
 "non-consensual" OR nonconsensual*) W/3 (treatment OR therap* OR admiss* OR ad-
 mitt* OR commit* OR hospitali* OR confine* OR contain* OR intervention* OR care))
 OR "mental health commitment" OR restraint OR ((physical OR mechanical) W/2 re-
 strain*) OR coercion OR "therapeutic holding" OR "holding therapy" OR "physical hold-
 ing" OR detention* OR confinement* OR containment*) AND TITLE-ABS-KEY (sub-
 stance OR drug* OR addict* OR alcohol* OR opioid* OR "dual disorder" OR mental* OR
 psychiatr* OR psycho*))) AND ((TITLE-ABS (denmark* OR danish OR danmark OR

sygehus* OR ((universitet* OR universit* OR hospital* OR hosp) W/2 (amager* OR
augustenburg* OR bornholm* OR farso* OR give OR herning* OR hobro* OR koge OR
koege OR oringe* OR randers OR ringsted* OR skagen* OR "sct. hans*" OR tarm OR ton-
der* OR toender* OR thisted* OR vejle* OR viborg* OR aalborg* OR aarhus* OR alborg*
OR arhus*)) OR specialhospital* OR universitetshospital* OR regionshospital* OR
"Psykiatrisk Cent*" OR "Psykoteraapeutisk Cent*" OR psykiatricenter* OR kom-
munehospital* OR centralsygeh* OR "Hammel Neurocenter*" OR "Vest Ribe*" OR
aabenraa* OR abenra* OR aeroskobing* OR aroskobing* OR aeroeskobing* OR
aroeskobing* OR allerup* OR bispebjerg* OR brønderslev* OR brønderslev* OR copen-
hagen* OR esbjerg* OR fakse OR fredericia* OR frederiksberg* OR frederikshavn* OR
gentofte* OR glostrup* OR grenaa* OR grena* OR grindsted* OR haderslev* OR herlev*
OR hjørring* OR hjoerring* OR holbaek* OR holbak* OR holstebro* OR horsens* OR
hovedstaden* OR hvidovre* OR kalundborg* OR københavn* OR københavn* OR kol-
ding* OR korsør* OR korsoer* OR lemvig* OR middelfart* OR midtjylland* OR
naestved* OR nakskov* OR nastved* OR nordjylland* OR nordsjaelland* OR nordsjal-
land* OR nykøbing* OR nykøbing* OR odense* OR poppehus* OR rigshospitalet* OR
ringkøbing* OR ringkøbing* OR risskov* OR roskilde* OR silkeborg* OR sjælland* OR
sjælland* OR skanderborg* OR skejby* OR slagelse* OR sønderborg* OR sønderborg*
OR stolpegaard* OR svendborg* OR syddanmark* OR sydvestjysk* OR syddansk* OR
"Tekniske Universitet*" OR "IT Universitetet*" OR ituniversitetet* OR "aarhus univ*"
OR "aalborg univ*" OR "U of Aarhus*" OR "U of aalborg*" OR "Univ of Aarhus*" OR
"Univ of aalborg*" OR "arhus univ*" OR "alborg univ*" OR "U of Arhus*" OR "U of al-
borg*" OR "Univ of Arhus*" OR "Univ of aalborg*") OR AUTHKEY (denmark* OR danish
OR danmark OR sygehus* OR ((universitet* OR universit* OR hospital* OR hosp) W/2
(amager* OR augustenburg* OR bornholm* OR farso* OR give OR herning* OR hobro*
OR koge OR koege OR oringe* OR randers OR ringsted* OR skagen* OR "sct. hans*" OR
tarm OR tonder* OR toender* OR thisted* OR vejle* OR viborg* OR aalborg* OR aarhus*
OR alborg* OR arhus*)) OR specialhospital* OR universitetshospital* OR regionshospi-
tal* OR "Psykiatrisk Cent*" OR "Psykoteraapeutisk Cent*" OR psykiatricenter* OR kom-
munehospital* OR centralsygeh* OR "Hammel Neurocenter*" OR "Vest Ribe*" OR
aabenraa* OR abenra* OR aeroskobing* OR aroskobing* OR aeroeskobing* OR
aroeskobing* OR allerup* OR bispebjerg* OR brønderslev* OR brønderslev* OR copen-
hagen* OR esbjerg* OR fakse OR fredericia* OR frederiksberg* OR frederikshavn* OR
gentofte* OR glostrup* OR grenaa* OR grena* OR grindsted* OR haderslev* OR herlev*
OR hjørring* OR hjoerring* OR holbaek* OR holbak* OR holstebro* OR horsens* OR
hovedstaden* OR hvidovre* OR kalundborg* OR københavn* OR københavn* OR kol-
ding* OR korsør* OR korsoer* OR lemvig* OR middelfart* OR midtjylland* OR
naestved* OR nakskov* OR nastved* OR nordjylland* OR nordsjaelland* OR nordsjal-
land* OR nykøbing* OR nykøbing* OR odense* OR poppehus* OR rigshospitalet* OR
ringkøbing* OR ringkøbing* OR risskov* OR roskilde* OR silkeborg* OR sjælland* OR
sjælland* OR skanderborg* OR skejby* OR slagelse* OR sønderborg* OR sønderborg*
OR stolpegaard* OR svendborg* OR syddanmark* OR sydvestjysk* OR syddansk* OR
"Tekniske Universitet*" OR "IT Universitetet*" OR ituniversitetet* OR "aarhus univ*"
OR "aalborg univ*" OR "U of Aarhus*" OR "U of aalborg*" OR "Univ of Aarhus*" OR
"Univ of aalborg*" OR "arhus univ*" OR "alborg univ*" OR "U of Arhus*" OR "U of al-
borg*" OR "Univ of Arhus*" OR "Univ of aalborg*") OR LANGUAGE (danish) OR AF-
FILCOUNTRY (denmark)) AND NOT (INDEX (embase OR medline) OR (PMID (0*

OR 1* OR 2* OR 3* OR 4* OR 5* OR 6* OR 7* OR 8* OR 9*))) AND PUBYEAR > 2007 AND PUBYEAR < 2026 AND (LIMIT-TO (SUBJAREA , "SOCI") OR LIMIT-TO (SUBJAREA , "MEDI") OR LIMIT-TO (SUBJAREA , "PSYC") OR LIMIT-TO (SUBJAREA , "ARTS") OR LIMIT-TO (SUBJAREA , "NURS") OR LIMIT-TO (SUBJAREA , "HEAL"))

Søk 10: Tvangsbruk OG psykisk helse/rus OG Finland

Søketreff: 30

((TITLE-ABS-KEY (((involuntary OR compulsory OR coerc* OR "without consent" OR "non-consensual" OR nonconsensual*) W/3 (treatment OR therap* OR admiss* OR admitt* OR commit* OR hospitali* OR confine* OR contain* OR intervention* OR care)) OR "mental health commitment" OR restraint OR ((physical OR mechanical) W/2 restrain*) OR coercion OR "therapeutic holding" OR "holding therapy" OR "physical holding" OR detention* OR confinement* OR containment*) AND TITLE-ABS-KEY (substance OR drug* OR addict* OR alcohol* OR opioid* OR "dual disorder" OR mental* OR psychiatr* OR psycho*))) AND ((TITLE-ABS (finland* OR finnish OR finsk OR finn OR finns OR universitetssjukhus* OR universitetscentralsjukhus* OR centralsjukhus* OR sjukvardsdistrikt OR ((universitet* OR university OR yliopisto* OR yliopistollinen OR "hospital district") W/2 (novia OR hame OR kajaani OR kamk OR jamk OR lut OR "Haaga-Helia" OR diaconia OR metropolia OR arcada OR oulu OR uleaborg OR vaasa OR "Abo Akademi" OR centria OR tamk OR tampere OR tammerfors OR turku OR lapin OR aalto OR laurean OR helsinki OR helsingin OR helsingfors OR kuopio OR joensuu OR nyslott OR "Etela-Savo" OR lappi OR "Lansi-Pohja" OR "Pohjois-Savo")) OR "LAB University of Applied Sciences" OR kainuu OR kajanaland OR ((kanta OR paijat) PRE/0 hame) OR ((egentliga OR paijanne) PRE/0 tavastland) OR kymenlaakso OR kymmenedalen OR lapland OR lappland OR ((north OR norra OR south OR sodra) PRE/0 (karelia OR karelen OR savo OR savolax)) OR osterbotten OR ostrobothnia OR osthrobotnia OR pirkanmaa OR birkaland OR satakunta OR uusimaa OR nyland OR aaland OR aland OR "Varsinais-Suomi") OR AUTHKEY (finland* OR finnish OR finsk OR finn OR finns OR universitetssjukhus* OR universitetscentralsjukhus* OR centralsjukhus* OR sjukvardsdistrikt OR ((universitet* OR university OR yliopisto* OR yliopistollinen OR "hospital district") W/2 (novia OR hame OR kajaani OR kamk OR jamk OR lut OR "Haaga-Helia" OR diaconia OR metropolia OR arcada OR oulu OR uleaborg OR vaasa OR "Abo Akademi" OR centria OR tamk OR tampere OR tammerfors OR turku OR lapin OR aalto OR laurean OR helsinki OR helsingin OR helsingfors OR kuopio OR joensuu OR nyslott OR "Etela-Savo" OR lappi OR "Lansi-Pohja" OR "Pohjois-Savo")) OR "LAB University of Applied Sciences" OR kainuu OR kajanaland OR ((kanta OR paijat) PRE/0 hame) OR ((egentliga OR paijanne) PRE/0 tavastland) OR kymenlaakso OR kymmenedalen OR lapland OR lappland OR ((north OR norra OR south OR sodra) PRE/0 (karelia OR karelen OR savo OR savolax)) OR osterbotten OR ostrobothnia OR osthrobotnia OR pirkanmaa OR birkaland OR satakunta OR uusimaa OR nyland OR aaland OR aland OR "Varsinais-Suomi") OR LANGUAGE (finnish) OR AFFILCOUNTRY (finland)) AND NOT (INDEX (embase OR medline) OR (PMID (0* OR 1* OR 2* OR 3* OR 4* OR 5* OR 6* OR 7* OR 8* OR 9*)))) AND PUBYEAR > 2007 AND PUBYEAR < 2026 AND (LIMIT-TO (SUBJAREA , "SOCI") OR LIMIT-TO (SUBJAREA , "MEDI") OR LIMIT-TO (SUBJAREA , "PSYC") OR LIMIT-TO (SUBJAREA , "NURS") OR LIMIT-TO (SUBJAREA , "HEAL") OR LIMIT-TO (SUBJAREA , "ARTS") OR LIMIT-TO (SUBJAREA , "MULT")))

Søk 11: Tvangsbruk OG psykisk helse/rus OG Island

Søketreff: 3

((TITLE-ABS-KEY (((involuntary OR compulsory OR coerc* OR "without consent" OR "non-consensual" OR nonconsensual*) W/3 (treatment OR therap* OR admiss* OR admitt* OR commit* OR hospitali* OR confine* OR contain* OR intervention* OR care)) OR "mental health commitment" OR restraint OR ((physical OR mechanical) W/2 restrain*) OR coercion OR "therapeutic holding" OR "holding therapy" OR "physical holding" OR detention* OR confinement* OR containment*) AND TITLE-ABS-KEY (substance OR drug* OR addict* OR alcohol* OR opioid* OR "dual disorder" OR mental* OR psychiatr* OR psycho*))) AND ((TITLE-ABS (iceland* OR icelandic* OR islenska OR islendigur OR landspitali OR sjukrahus* OR haskoli* OR haskolasetur OR ((vestfjordene OR westfjords OR vestfjarda OR holar OR bifrost) W/1 (universit* OR landbruksuniversitet* OR landbunadarhaskoli)) OR rannis OR heilbrigdis* OR lyðheilst* OR "Islands universitet" OR hofudborgarsvaedi* OR reykjanes OR vesturland OR vestfirðir OR (nordurland PRE/0 (vestra OR eystra)) OR austurland AND og AND sudurland OR reykjavik OR kopavogur OR hafnarfjörður OR akureyri OR gardabaer OR keflavik OR mosfellsbaer OR akranes OR selfoss) OR AUTHKEY (iceland* OR icelandic* OR islenska OR islendigur OR landspitali OR sjukrahus* OR haskoli* OR haskolasetur OR ((vestfjordene OR westfjords OR vestfjarda OR holar OR bifrost) W/1 (universit* OR landbruksuniversitet* OR landbunadarhaskoli)) OR rannis OR heilbrigdis* OR lyðheilst* OR "Islands universitet" OR hofudborgarsvaedi* OR reykjanes OR vesturland OR vestfirðir OR (nordurland PRE/0 (vestra OR eystra)) OR austurland AND og AND sudurland OR reykjavik OR kopavogur OR hafnarfjörður OR akureyri OR gardabaer OR keflavik OR mosfellsbaer OR akranes OR selfoss) OR LANGUAGE (icelandic) OR AFFILCOUNTRY (iceland)) AND NOT (INDEX (embase OR medline) OR (PMID (0* OR 1* OR 2* OR 3* OR 4* OR 5* OR 6* OR 7* OR 8* OR 9*)))) AND PUBYEAR > 2016 AND PUBYEAR < 2026

Søk 12: Tvangsbruk OG psykisk helse/rus OG Norden

Søketreff: 51

((TITLE-ABS-KEY (((involuntary OR compulsory OR coerc* OR "without consent" OR "non-consensual" OR nonconsensual*) W/3 (treatment OR therap* OR admiss* OR admitt* OR commit* OR hospitali* OR confine* OR contain* OR intervention* OR care)) OR "mental health commitment" OR restraint OR ((physical OR mechanical) W/2 restrain*) OR coercion OR "therapeutic holding" OR "holding therapy" OR "physical holding" OR detention* OR confinement* OR containment*) AND TITLE-ABS-KEY (substance OR drug* OR addict* OR alcohol* OR opioid* OR "dual disorder" OR mental* OR psychiatr* OR psycho*))) AND (TITLE-ABS-KEY (scandinavia* OR nordic)) AND PUBYEAR > 2007 AND PUBYEAR < 2026 AND (LIMIT-TO (SUBJAREA , "MEDI") OR LIMIT-TO (SUBJAREA , "SOCI") OR LIMIT-TO (SUBJAREA , "PSYC") OR LIMIT-TO (SUBJAREA , "ARTS") OR LIMIT-TO (SUBJAREA , "NURS"))

Søk 13: Supplerende søkeord for tvangsbruk

Søketreff: 21

TITLE-ABS-KEY ((mandatory W/3 (treatment OR therap* OR admiss* OR admitt* OR commit* OR hospitali* OR confine* OR contain* OR intervention* OR care OR "drug

test" OR "drug testing")) OR coercive OR ((escape* OR abscond*) W/3 (institution* OR residence* OR hospital* OR care)) OR "room search" OR "body search" OR (confiscat* W/2 belongings) OR "locked door" OR "locked doors") AND PUBYEAR > 2007 AND PUBYEAR < 2025 AND (LIMIT-TO (LANGUAGE , "Swedish") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "Norwegian") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "Danish"))

Søk 14: Supplerende søkeord for tvangsbruk

Søketreff: 441

(TITLE-ABS-KEY (((mandatory OR coercive) W/3 (treatment OR therap* OR admiss* OR admitt* OR commit* OR hospitali* OR confine* OR contain* OR intervention* OR care OR "drug test" OR "drug testing")) OR coercive OR ((escape* OR abscond*) W/3 (institution* OR residence* OR hospital* OR care)) OR "room search" OR "body search" OR (confiscat* W/2 belongings) OR "locked door" OR "locked doors") AND TITLE-ABS-KEY (child* OR teen* OR juvenil* OR adoles* OR youth OR minors OR preadolescen* OR "pre-adolescent" OR preteen* OR underage* OR youngster* OR youth* OR "young people" OR "young persons" OR substance OR drug* OR addict* OR alcohol* OR opioid* OR "dual disorder" OR mental* OR psychiatr* OR psycho*)) AND PUBYEAR > 2007 AND PUBYEAR < 2026 AND (LIMIT-TO (AFFILCOUNTRY , "Sweden") OR LIMIT-TO (AFFILCOUNTRY , "Norway") OR LIMIT-TO (AFFILCOUNTRY , "Denmark") OR LIMIT-TO (AFFILCOUNTRY , "Finland") OR LIMIT-TO (AFFILCOUNTRY , "Iceland"))

Ekstrasøk 30.04.2025

Søketreff: 49

Title/abstract or keywords: "civil commitment" OR ((involuntary OR compulsory OR "without consent" OR "non-consensual" OR nonconsensual* OR mandatory OR statutory) W/3 (placement* OR placed)) OR (statutory W/3 (treatment OR therap* OR admiss* OR admitt* OR commit* OR hospitali* OR confine* OR contain* OR intervention* OR care OR placement* OR placed))

AND

Title/abstract or keywords: child* OR teen* OR juvenil* OR adoles* OR boy* OR girl* OR youth* OR minors OR preadolescen* OR "pre-adolescent" OR preteen* OR underage* OR youngster* OR youth* OR "young people" OR "young persons" OR substance OR drug* OR addict* OR alcohol* OR opioid* OR "dual disorder" OR mental* OR psychiatrist* OR psycho*

Limits: 2008-2025, country/territory: Sweden, Finland, Norway, Denmark, Iceland

SØK I ANDRE KILDER

Cristin

18.03.2025

(tvang OR tvangsbruk OR tvangsbehandling OR tvangsmid* OR tilbakehold*) AND (barn* OR ungdom* OR unge OR mindreårige)

Brage

01.04.2025

tvang, tvangsbruk, tvangsbehandling, tvangstiltak, tvangsmidler, tvangsmiddel, coercion, coercive, restraint, mandatory, involuntary, compulsory, tvangsplasserte, tvangsplassert, tvangsplassering

Nora

02.04.2025

tvang*, coerc*, involuntay care, involuntary treatment, tilbakehold

Google

18.03.2025

tvang|tvangsbruk|tilbakeholdelse barn|unge|ungdom site.no file.pdf studie|evalueringsanalyse|intervju|forskning|universitet|universitetet

site.dk and file.pdf and børn|unge|rusmidler|afhængighed|rusafhængige tvang site.dk and file.pdf and tvangsanbringelser

site.se and file.pdf and barn|unga|droger|beroende site.se and file.pdf and tvång

NVA Nasjonalt vitenarkiv

18.03.2025

Tvang, tvang*, tvangsbruk, coercion

NOVA

Se Bragesøk

Seraf

18.03.2025

Søk via Google: seraf tvang

søk: tvang, tvangsbruk, tvangstiltak, tvangsbehandling, coercion, coercive, involuntary, compulsory, mandatory, tilbakehold

DIVA

04.04.2025

Avansert søk: Forsknings-publikasjoner: Fritext: tvång* AND (barn* OR ung*)

Title : Coerc*

Studentuppsatsar: Fritext: Tvång* OR coerci* (masterexam)

Søk via Google: site.www.diva-portal.org/
coercion|coercive| "involuntary care"|"mandatory care"|"compulsory care" treatment|care|intervention
child|adolescent|children|young|
substance|drug|addiction

Fritext: tvång

and emne Beroendelära och missbruk, Folkhälsovetenskap, global hälsa och socialmedicin, Medicinsk etik, Omvårdnad, Psykiatri, Psykologi, Sosial Arbeta

Fritext: tvångsvård

Libris

04.04.2025

tvång*

mat:(avhandling artikelannat)

SwePub

04.04.2025

tit:tvång* conttype:vet

tvångsvård conttype:vet

tit:coerci* conttype:vet

Socialstyrelsen

09.04.2025

tvång

tvångsvård

Bibliotek.dk

07.04.2025

Fritekstsøgning:"tvang*" OG Udgivelsesår: 2008 – 2025 OG Genre og form: Disputatser, eksamensopgaver under disputatsniveau, undersøgelser

VIVE

09.04.2025

Tvang, Compulsory, Involuntary, Coercion,
tvangsanbringelse

NORART

18.03.2025

Alle ordene:

tvang* barn*, tvang* ung*, tvang* rus*, coercion, coervice, "compulsory care",
"mandatory care", tilbakehold, restraint, involuntary treatment, tvång* barn*

Scandinavian University Press

18.03.2025

Abstract, publication Jan 2008-April 2025: Tvang*, tvång*, coercion, coercive, "compulsory care", "mandatory care", tilbakehold, restraint, involuntary treatment

Julkari

10.04.2025

Title:coerci*

subject: coerci*

"incoluntary treatment"

Tvång*

Søk i OpenAlex

Vi benyttet OpenAlex for å søke etter relevant litteratur basert på forskningsspørsmålet. **OpenAlex** datasettet (28) er tilgjengelig i EPPI Reviewer (29) og er et «open source»-datasett med mer enn 250 millioner vitenskapelige objekter som tidsskriftpublikasjoner, stortingsmeldinger og konferanseabstrakter. OpenAlex kombinerer metadata fra MAG (tidligere stor database for vitenskapelige publikasjoner), globale registre (Crossref, ORCID, ROR (Research Organization Registry)), samt automatisk nettskraping («web crawling»). I tillegg brukes en rekke andre systemer og arkiv, som CENTRAL, ISSN International Centre DOAJ (Directory of Open Access Journals),

arXiv, Zenodo og Unpaywall. Unpaywall er en åpen database som innhenter data fra et bredt spekter av kilder, inkludert tidsskrifter, institusjonelle arkiv og nasjonale repositorier. Flere sentrale Nordiske institusjonelle og nasjonale arkiv er inkludert i Unpaywall. Fra Norge finner vi blant annet BORA (UiB), DUO (UiO), Munin (UiT), samt portaler som Brage og tidsskriftet BARN – Forskning om barn og barndom i Norden. Fra Sverige er den store DiVA-portalen dekket, som samler publikasjoner fra en rekke universiteter og høyskoler. I Danmark er mange forskningsportaler for ulike universiteter representert, feks Aarhus universitet, Syddansk universitet og Aalborg Universitet. Finland er godt representert med Julkari (felles åpent publikasjonsarkiv for Sosial- og helsedepartementets forvaltningsområde), Helda, Doria, og Theseus, som dekker både universiteter og høyskoler. Også Island er inkludert gjennom Opin vísindi, som er det nasjonale åpne forskningsarkivet.

Datasettet er satt sammen av fem typer vitenskapelige enheter (works, authors, venues, institutions og concepts) og sammenhengene mellom dem. I stedet for å søke i henhold til ord som fins i en studies tittel eller sammendrag, MeSH-termer eller nøkkelord gitt av forfatteren, tidsskriftet eller databasen, bruker OpenAlex dyp læring for å linke disse objektene sammen, i tillegg til bibliometriske- og siteringslikheter. Et slikt søk resulterer i langt færre identifiserte studier som er irrelevante.

På det første søket benyttet vi åtte kjernestudier, hvorav seks ble matchet i OpenAlex (121-126) som utgangspunkt for søk etter nye relevante publikasjoner. Disse kjerne-studiene var de inkluderte studiene fra en tidligere rapport fra Folkehelseinstituttet som omhandlet til dels samme populasjon som denne oversikten, dvs. barn og unge i barnevernsinstitusjoner som har opplevd tvang (127). Søkeperioden var 26. oktober 2022 – 18. februar 2025. Søketreffet var på 34 referanser etter fjerning av dubletter.

På det andre søket benyttet vi de inkluderte studiene fra det systematiske litteratursøket. Av 46 inkluderte studier ble 31 studier matchet i OpenAlex (43;44;46;48-50;53;54;56-59;62-64;66;67;69-72;74-77;79;80;83;85;87;88) og disse utgjorde kjerne-studiene for dette søket. Søkeperioden var 1. januar 2008 – 29. juli 2025. Søketreffet var på 673 referanser etter fjerning av dubletter.

Vedlegg 2: Bruk av kunstig intelligens

Vi brukte kunstig intelligens (KI) for å hjelpe oss med å utføre flere av trinnene i denne kunnskapsoppsummeringen mer effektivt. Dette vedlegget beskriver *hvordan* vi brukte KI. I beskrivelsen benytter vi enkelte engelske begreper grunnet mangel på norske begrepsoversettelser innenfor KI-feltet. I slutten av vedlegget er det en forklaring av begrepene vi har brukt for de ulike KI-funksjonene som vi brukte i denne kunnskapsoppsummeringen.

Screening

Tabell 6: Beskrivelse av maskinlæringsprosedyre i screeningprosessen

Beskrivelse av fremgangsmåte	
Steg 1	Vi startet med pilotering av inklusjonskriteriene blant alle prosjektmedarbeidere på 50 referanser, for å sikre felles forståelse av seleksjonskriteriene.
Steg 2	For raskere å identifisere referanser som oppfylte inklusjonskriteriene i arbeidet med å vurdere titler og sammendrag benyttet vi « <i>priority screening</i> », og 1000 referanser ble uavhengig vurdert av to medarbeidere
Steg 3	Etter at inklusjonskurven tydelig flatet ut, antok vi at vi hadde identifisert majoriteten av relevante studier. Vi byttet da fra to personer som vurderte hver referanse til én person (n=300).

Utarbeidelse av rapport

Vi har benyttet OpenAIs ChatGPT team, versjon GPT-4-turbo og GPT-5 (128), i følgende deler av rapportutformingen: Sammendrag, oppsummering av hver enkelt studie og utarbeidelse av tabeller. Nedenfor er eksempler på prompts som vi har benyttet:

- Kan du gi meg en oppsummering av vedlagte PDF som inkluderer formål med studien, hvor den er gjennomført, beskrivelse av studiepopulasjonen (hvem de er, antall, alder, kjønn, hvor deltagerne er rekruttert fra), metoden benyttet for data-

innsamling og dataanalyse samt resultater og forfatternes konklusjoner? I resultatene, ha spesielt fokus på resultater som omhandler bruk av tvang eller tvangstiltak. Dersom det oppgis paragrafer eller lovverk knyttet til på hvilket grunnlag de voksne pasientene er innlagt, spesifiser også dette. Formatter svaret ditt som løpende tekst.

- Kan du lage en tabell med en rad per studie/pdf hvor du gir følgende informasjon i kolonner: hvor og når den er gjennomført, årstall publisert, formål med studien, beskrivelse av studiepopulasjonen (antall, alder, kjønn, stilling eller problematikk), metoden benyttet for datainnsamling, på hvilket grunnlag barna eller ungdommene er innlagt (paragrafer, lover), og hvilke type tvang som er implementert (hvorvidt barna er lagt inn på tvang og typer tvang de er utsatt for etter innleggelse).

All data ekstrahert av ChatGPT har blitt gjennomgått og kvalitetssikret av forskerne. Ansvar for innholdet i rapporten ligger fullt og helt hos forskerne i prosjektgruppen

Ordforklaringer

Algoritme kan forklares som en fullstendig, nøyaktig og trinnvis beskrivelse av en prosedyre for fremgangsmåten for å løse et problem (129).

Maskinlæring er en undergrein av kunstig intelligens hvor man bruker statistiske metoder for å la datamaskiner finne mønstre i store datamengder og gjøre prediksjoner for nye data den ikke har sett før (130). Enkelt sagt betyr maskinlæring at vi tar i bruk algoritmer som gjør at datamaskinen er i stand å lære fra og utvikle sin beslutningsstøtte basert på dataene vi gir den.

Priority screening er en rangeringsalgoritme i programvaren EPPI-Reviewer (29) som læres opp av forskernes avgjørelser om inklusjon og eksklusjon av referanser på tittel- og sammendragnivå. Rangeringsalgoritmer er algoritmer som er trent til å gjenkjenne relevante data og til å presentere dataene etter relevans. Referanser som algoritmen anser som mer relevante basert på forskernes avgjørelser om inklusjon blir skjøvet frem i «køen». På denne måten får vi raskere overblikk over hvor mange referanser som muligens treffer inklusjonskriteriene enn om vi skulle lest referansene i tilfeldig rekkefølge.

Vedlegg 3: Relevante ekskluderte studier lest i fulltekst (n=117)

Referanse	Eksklusjons-årsak
Andersson Helle Wessel and Mosti Mats Peder; Nordfjærn Trond;. (2023). Inpatients in substance use treatment with co-occurring psychiatric disorders: a prospective cohort study of characteristics and relapse predictors. <i>BMC Psychiatry</i> , 23(1), pp..	Feil setting
Andersson Helle Wessel and Wenaas Merethe; Nordfjærn Trond;. (2018). Relapse after inpatient substance use treatment: A prospective cohort study among users of illicit substances. <i>Addictive Behaviors</i> , 90, pp.222-228.	Feil setting
Barneombudet. (2015). <i>Grenseløs omsorg - Om bruk av tvang mot barn i barnevern og psykisk helsevern</i> . : , pp.. Available at: https://www.barneombudet.no/uploads/documents/Publikasjoner/Fagrapporter/Grenselos-omsorg.pdf .	Feil setting
Bendixen A and Sagvaag H; Ostenstad B H; Gronnestad T;. (2023). Rettigheter og tvang i kommunale hjelpetilbud til personer med alvorlige samtidige rus- og psykiske lidelser: erfaringer med regelverket, i lys av menneskerettigheter. <i>Nordisk Alkohol- & Narkotikatidskrift</i> , 40(6), pp.590-605.	Feil populasjon
Berglund Mats and Eva Skagert; Jan Arlebrink;. (2008). Från tvångslogins horisont. Forskning om tvångsvård vid tungt missbruk.. In: Mats Berglund and Eva Skagert; Jan Arlebrink;, ed., <i>Från teori och randomisering till klinik: festskrift till Mats Berglund</i> . Lund: , pp..	Feil publikasjonstype
Bergly Tone H and Sømhovd Mikael Julius;. (2021). Improvements of substance use disorder treatment and the impact of traumatic experiences. <i>Journal Of Substance Use</i> , 27(4), pp.393-397.	Feil setting
Bihlar Muld and B; Jokinen J; Bolte S; Hirvikoski T;. (2013). Attention deficit/hyperactivity disorders with co-existing substance use disorder is characterized by early antisocial behaviour and poor cognitive skills. <i>BMC Psychiatry</i> , 13, pp.336.	Utfall ikke relatert til tvang
Birkeland Bente and Weimand Bente; Ruud Torleif; Høie Magnhild; Vederhus John-Kåre; . (2017). Perceived quality of life in partners of patients undergoing treatment in somatic health, mental health, or substance use disorder units: a cross-sectional study. <i>Health And Quality Of Life Outcomes</i> , 15(1), pp..	Feil setting
Bjørlien I and Skarstein S;. (2024). Rusavhengige gravide innlagt på tvang bør oppmun- tres til brukervedvirkning. <i>Sykepleien</i> , , pp..	Duplikat
Chaabi M. (2023). "Övergången från låst till öppet behandlingshem " Hur Sis LVM-hem och behandlingshem arbetar med att reducera övergången från låst till öppen behandling paragraf § 27. . .	Feil setting
Ekendahl Mats. (2011). Socialtjänst och missbrukarvård: bot eller lindring?. <i>Nordic Studies On Alcohol And Drugs</i> , 28(4), pp.297-319.	Feil setting
Ellingsen Ingrid Marie. (2016). <i>De tvangsinnlagte - En kvantitativ undersøkelse av pasienter innlagt etter Helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2</i> .	Utfall ikke relatert til tvang
Enell S and Mattsson T; Sallnäs M;. (2023). Rättigheter som "token", egenansvar och egenvärde: Barn och ungas förståelse av rättigheter i låst institutionsvård. <i>Nordisk socialrättslig tidskrift</i> , 35-36, pp.7-38.	Feil setting

Enell Sofia and Andersson Vogel; Maria; Henriksen Ann-Karina Eske; Poso Tarja; Honkatukia Paivi; Mellin-Olsen Bard; Hydle Ida Marie;. (2022). Confinement and restrictive measures against young people in the Nordic countries - a comparative analysis of Denmark, Finland, Norway, and Sweden. <i>Nordic Journal of Criminology</i> , 23(2), pp.174-191.	Feil setting
Forsström David and Sundqvist Kristina; Samuelsson Eva; Spångberg Jessika;. (2024). Feil setting Feasibility and results of a pilot online survey to examine prevalence of gambling and problem gambling among Swedish substance abuse inpatients in compulsory care. <i>Cogent Psychology</i> , 11(1), pp..	
Fredwall Terje Emil. (2018). <i>Pasientforløp for personer med samtidig rusmiddellidelse og psykisk lidelse: En oppsummering av kunnskap</i> . : , pp.. Available at: http://hdl.handle.net/11250/2503248 .	Feil publia-sjonstype
Gerdner A and Berglund M;. (2009). <i>Översikt om tvångsvård vid missbruk – effekt och kvalitet</i> . : , pp.. Available at: https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:292085/FULL-TEXT01.pdf .	Duplikat
Gerdner A and Berglund M;. (2011). <i>Tvångsvård vid missbruk – effekt och kvalitet</i> . : , pp.. Available at: https://www.regeringen.se/content-assets/e8736c3d067c4c45abf7a338b728f445/missbruket-kunskapen-varden-del-3-av-3-kapitel-15-19-sou-20116/ .	Feil publia-sjonstype
Gerdner Arne. (2008). Från tvångologins horisont. Forskning om tvångsvård vid tungt missbruk.. In: Mats Berglund and Eva Skager; Jan Arlebrink;, ed., <i>Från teori och randomisering till klinik: Festskrift till Mats Berglund</i> . : , pp..	Duplikat
Grahn Robert and Chassler Deborah; Lundgren Lena;. (2014). Repeated Addiction Treatment use in Sweden: A National Register Database Study. <i>Substance Use & Misuse</i> , 49(13), pp.1764-1773.	Feil setting
Grahn Robert and Padyab Mojgan; Lundgren Lena;. (2019). Associations between a risky psychosocial childhood and recurrent addiction compulsory care as adult. <i>Nordic Studies On Alcohol And Drugs</i> , 37(1), pp.54-68.	Feil popula-sjon
Grahn Robert. (2017). <i>Treatment repeaters : re-entry in care for clients with substance use disorder within the Swedish addiction treatment system</i> . . .	Duplikat
Hansen Ann-Charlott. (2021). <i>Parallelle prosesser i tvangsplasseringen av barn - Utfordringer for fagfolk i stat og kommune i saker som omhandler tvangsplasseringer av barn jf. § 4-24 i barnevernloven</i> . . .	Feil setting
Havre Merete. (2024). <i>Rusinstitusjoner for ungdom. En balanse mellom nærvær av rettigheter og fravær av tvang. Rettsvitenskapelig analyse</i> . : , pp.. Available at: https://hdl.handle.net/11250/3124825 .	Feil studiede-sign
Helsetilsynet. (2021). <i>Tvangsbruk i barneverninstitusjoner</i> . : , pp.. Available at: https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter2021/helsetilsynetrapport_1_2021.pdf .	Feil setting
Henriksen A K. (2023). Locked up and safe–But for how long? Exploring how legitimising narratives shape decisions to sustain placement in secure institutions. <i>European Journal of Social Work</i> , 26(1), pp.148-159.	Feil setting
Henriksen Ann-Karina and Øye Christine;. (2023). The ambiguities of coercion: Mapping adolescents' experiences of coercion in institutional everyday life. <i>Children & Society</i> , 37(5), pp.1376-1391.	Feil setting
Hjellum Kari. 2021. "Når bekymringen er større enn handlingsrommet -En kvalitativ studie av hvordan ansatte i psykisk helse- og rusfeltet og politiet opplever at helsepolitiske rammebetingelser påvirker oppfølgingen de tilbyr personer med ROP-lidelse og trussel- og voldsatferd." . .	Feil popula-sjon
Hjerkinn Bjørg and Rosvold Elin Olaug; Lindbæk Morten;. (2009). Neonatal findings among children of substance-abusing women attending a special child welfare clinic in Norway. <i>Scandinavian Journal Of Public Health</i> , 37(7), pp.751-757.	Feil setting

Honkonen H and Mattila A K; Lehtinen K; Elo T; Haataja R; Joukamaa M;. (2008). Mortality of Finnish acute psychiatric hospital patients. <i>Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology</i> , 43(8), pp.660-6.	Feil land
Håkan Gustafsson Allison Östlund og Cristina da Silva Grotenfelt. (2023). Från stigmundenhet till lagbundenhet? Kritiska vägval vid upphörande av tvångsvård enligt LVU. <i>Tidsskrift for Rettsvitenskap</i> , 136(5), pp..	Feil setting
Israelsson M. (2021). <i>Utfall av lagstadgad tvångsvård för personer med missbruks- och beroendeproblem – en systematisk översikt.</i> : , pp.. Available at: https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1626135/FULLTEXT01.pdf .	For gammel datainnsamling
Jansson I. (2010). <i>Femårsuppföljning av tvångsvårdade kvinnor : inverkan av psykiska problem på utfallet.</i> . .	Duplikat
Kallenberg Kim Silow. (2016). <i>Gränsland - Svensk ungdomsvård mellan vård och straff.</i>	Feil populasjon
Kallioma-Puha L and Pösö T; Toivonen V M;. (2021). Error Correction of Restrictive Measures: Appeals Made by Young People in Care. <i>Young</i> , 29(1), pp.81-96.	Feil land
Kjemhus Camilla. (2021). <i>Gravide rusmiddelavhengiges opplevelse av den kommunale rusomsorgen.</i> . .	Feil setting
Kjølssdal Møyfrid Johanne and Evensen Gretha Helen; Olsø Turid Møller; Westerlund Heidi; Bjørgen Dagfinn; Hatling Trond;. (2017). <i>Rettighetsinngripende tiltak i kommunale botilbud : en nasjonal kartlegging.</i> : , pp.. Available at: https://samforsk.brage.unit.no/samforsk-xmlui/handle/11250/2501468 .	Feil setting
Klingstedt Marie-Louise. (2022). <i>Mönster av anpassningsproblem hos flickor och unga kvinnor på särskilda ungdomshem En fyraårig oppføljningsstudie.</i>	For gammel datainnsamling
Kour Prabhjot and Lien Lars; Kumar Bernadette; Biong Stian; Pettersen Henning;. (2020). Treatment Experiences with Norwegian Health Care among Immigrant Men Living with Co-Occurring Substance Use- and Mental Health Disorders. <i>Substance Abuse Research And Treatment</i> , 14, pp..	Feil setting
Kristensen O and Opsal A; Clausen T;. (2018). [Involuntary admission for substance abuse treatment?]. <i>Tidsskrift for Den Norske Laegeforening</i> , 138(8), pp.08.	Feil publikasjonstype
Kristensen Øistein and Opsal Anne; Clausen Thomas;. (2018). Tvangsinnleggelse for rusbehandling?. <i>Tidsskrift for Den norske legeforening</i> , , pp..	Duplikat
Larsson Lindahl and M;. (2022). <i>Forskningsöversikt om det vetenskapliga stödet för tvångsvård 2009–2021.</i> : , pp.. Available at: https://portal.research.lu.se/sv/publications/forsknings%C3%B6versikt-om-det-vetenskapliga-st%C3%B6det-f%C3%B6r-tv%C3%A5ngsv%C3%A5rd-200 .	Feil publikasjonstype
Larsson-Kronberg Marianne and Öjehagen Agneta; Berglund Mats;. (2005). Experiences of coercion during investigation and treatment. <i>International Journal of Law and Psychiatry</i> , 28(6), pp.613-621.	For gammel datainnsamling
Leppo Anna. (2011). The emergence of the foetus: discourses on foetal alcohol syndrome prevention and compulsory treatment in Finland. <i>Critical Public Health</i> , 22(2), pp.179-191.	Feil land
Levola J and Laine R; Pitkanen T;. (2022). In-patient psychiatric care and non-substance-related psychiatric diagnoses among individuals seeking treatment for alcohol and substance use disorders: associations with all-cause mortality and suicide. <i>British Journal of Psychiatry</i> , 221(1), pp.386-393.	Feil land
Lindahl M L and Ojehagen A; Berglund M;. (2010). Commitment to coercive care in relation to substance abuse reports to the social services. A 2-year follow-up. <i>Nordic Journal of Psychiatry</i> , 64(6), pp.372-6.	For gammel datainnsamling
Lund Ingunn Olea and Skurtveit Svetlana; Sarfi Monica; Bakstad Brittelise; Welle-Strand Gabrielle K; Ravndal Edle;. (2012). A 2-year prospective study of psychological distress among a national cohort of pregnant women in opioid maintenance treatment and their partners. <i>Journal Of Substance Use</i> , 18(2), pp.148-160.	Feil setting

Lundgren L and Brannstrom J; Armelius B A; Chassler D; Moren S; Trocchio S;. (2012). Feil setting Association between immigrant status and history of compulsory treatment in a national sample of individuals assessed for drug use disorders through the Swedish public welfare system. <i>Substance Use & Misuse</i> , 47(1), pp.67-77.	
Lundström Tommy and Sallnäs Marie; Vogel Maria Andersson;. (2012). Utvärdering av en förstärkt vårdkedja för ungdomar som vårdats vid SiS-institution. , , pp..	Feil setting
Madsen Finn Eirik. (2013). <i>Tvang mot rusmiddelavhengige - En fremstilling og vurdering av vilkårene i helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2 - «Tilbakehold i institusjon uten eget samtykke»</i> . . .	Feil publia- sjonstype
Magtanvendelsesudvalget. (2015). <i>Betænkning om magtanvendelse over for børn og unge, der er anbragt uden for hjemmet</i>. : , pp.. Available at: https://more-info.addi.dk/2.11/more_info_get.php?lokalid=51720970&attachment_type=856_a&bibliotek=870970&source_id=870970&key=9ce92be5c3e3eaef2d70 .	Feil setting
Malarstig Ida and Tyrberg Marten J; Lundgren Tobias; Alfonsson Sven;. (2023). Experiences of conducting a substance use disorder treatment, A-CRA, in compulsory institutional care for youth-The challenge of promoting openness in a closed, temporary setting. <i>Children and Youth Services Review</i> , 148, pp.1-9.	Utfall ikke re- latert til tvang
Martinsen E H and Weimand B; Norvoll R;. (2020). Does coercion matter? Supporting young next-of-kin in mental health care. <i>Nursing Ethics</i>, 27(5), pp.1270-1281.	Feil popula- sjon
Mattsson Titti and Enell Sofia;. (2023). State Provision of Resilience in Social Compulsory Care: A Vulnerability Analysis of Physical Constraint of Children and Youth Without Consent. <i>International Journal For The Semiotics Of Law - Revue Internationale De Sémiotique Juridique</i> , 36(4), pp.1529-1545.	Feil setting
Melin H. (2022). <i>Balansgången mellan mänskliga rättigheter och särskilda befogenheter En tematisk analys av tvångsplacerade barn och ungas rättigheter på statens låsta institutioner</i>	Feil popula- sjon
Muld Berit Bihlar and Jokinen Jussi; Bølte Sven; Hirvikoski Tatja;. (2014). Long-Term Outcomes of Pharmacologically Treated Versus Non-Treated Adults with ADHD and Substance Use Disorder: A Naturalistic Study. <i>Journal Of Substance Abuse Treatment</i>, 51, pp.82-90.	Feil setting
Muld Berit Bihlar. (2022). Men with ADHD in compulsory care for substance abuse: Characterization and treatment. <i>Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering</i> , 83(2-B), pp.No Pagination Specified.	Duplikat
Myra Siv Merete. (2018). <i>Pregnant substance abusers and their therapists in compulsory and voluntary treatment A qualitative study: Intergenerational learning, attachment processes and the wish for a normal life</i> . . . Norwegian Centre for Addiction Research Institute of Clinical Medicine, Faculty of Medicine, UiO.	Duplikat
Mörner S and Björck C;. (2011). <i>Används tvångsåtgärder oftare för pojkar än för flickor inom den statliga ungdomsvården? Resultat från intern statistik och intervjuer med personal</i> . : , pp.. Available at: https://www.stat-inst.se/contentassets/e4b48ecf070b42c1aad4f7691b97ffda/anvands-tvangsatgarder-oftare-for-pojkar-an-for-flickor-inom-den-statliga-ungdomsvarden.pdf .	Feil setting
Mårtensson Solvej and Johansen Katrine Schepelern; Hjorthøj Carsten;. (2019). Dual diagnosis and mechanical restraint – a register based study of 31,793 patients and 6562 episodes of mechanical restraint in the Capital region of Denmark from 2010–2014. <i>Nordic Journal of Psychiatry</i>, 73(3), pp.169-177.	Utfall ikke re- latert til tvang
Nordlie E. (2015). Experience in involuntary hospitalisation of drug and alcohol addicted mothers during their pregnancies at borgestadsklinikken, Norway. In: , ed., <i>Fetal Alcohol Spectrum Disorders in Adults: Ethical and Legal Perspectives: An Overview on FASD for Professionals</i>. : Springer International Publishing, pp.49-64.	Feil publia- sjonstype

Ojansuu I and Putkonen H; Lahteenpuo M; Tiihonen J;. (2019). Substance Abuse and Excessive Mortality Among Forensic Psychiatric Patients: A Finnish Nationwide Cohort Study. <i>Frontiers in Psychiatry</i> , 10(no pagination), pp..	Feil land
Olsson Tina M and Fridell Mats;. (2015). Women with comorbid substance dependence and psychiatric disorders in Sweden: a longitudinal study of hospital care utilization and costs. <i>BMC Health Services Research</i> , 15(1), pp..	For gammel datainnsamling
Opsal A and Clausen T; Kristensen O; Elvik I; Joa I; Larsen T K;. (2011). Involuntary hospitalization of first-episode psychosis with substance abuse during a 2-year follow-up. <i>Acta Psychiatrica Scandinavica</i> , 124(3), pp.198-204.	Feil populasjon
Opsal Anne and Kristensen Øistein; Larsen Tor K; Syversen Gro; Rudshaug Bakke Elise Aasen; Gerdner Arne; Clausen Thomas;. (2013). Factors associated with involuntary admissions among patients with substance use disorders and comorbidity: a cross-sectional study. <i>BMC Health Services Research</i> , 13(1), pp.57.	Utfall ikke relatert til tvang
Opsal Anne and Kristensen Øistein; Larsen Tor Ketil; Syversen Gro; Rudshaug Bakke Elise Aasen; Gerdner Arne; Clausen Thomas;. (2013). Factors associated with involuntary admissions among patients with substance use disorders and comorbidity: a cross-sectional study. <i>BMC Health Services Research</i> , 13(1), pp..	Utfall ikke relatert til tvang
Opsal Anne and Kristensen Øistein; Ruud Torleif; Larsen Tor K; Gråwe Rolf W; Clausen Thomas;. (2011). Substance abuse in patients admitted voluntarily and involuntarily to acute psychiatric wards: a national cross-sectional study. <i>Norsk Epidemiologi</i> , 21(1), pp..	Feil populasjon
Ormbostad Helga A. K and Otterholt Eli; Stallvik Marianne;. (2021). Investigating Patients' Perceptions of Residential Substance Use Treatment. Is Drop Out a Deliberate or Impulsive Act?. <i>Journal Of Social Work Practice In The Addictions</i> , 21(3), pp.255-272.	Feil setting
Pajulo Marjukka and Pyykkönen Nina; Kalland Mirjam; Sinkkonen Jari; Helenius Hans; Punamäki Raija-Leena; Suchman Nancy E;. (2012). Substance-abusing mothers in residential treatment with their babies: Importance of pre- and postnatal maternal reflective functioning. <i>Infant Mental Health Journal</i> , 33(1), pp.70-81.	Feil land
Pasareanu A and Vederhus J K; Kristensen O; Clausen T; Opsal A;. (2016). Improved drug-use patterns at six months post discharge from inpatient substance use disorder treatment; results from compulsory and voluntary admitted patients. <i>European Psychiatry</i> , 33(S1), pp.S310-S311.	Duplikat
Pettersson T Vogel and M.A. (2023). <i>Tvångsomhändertaganden av unga – betydelse av kön, härkomst och socioekonomisk bakgrund för bedömningar i LVU-mål.</i> : , pp.. Available at: https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1821738/FULLTEXT01.pdf .	Feil populasjon
Poso Tarja and Pekkarinen Elina; Helavirta Susanna; Laakso Riitta;. (2018). 'Voluntary' and 'involuntary' child welfare: Challenging the distinction. <i>Journal of Social Work</i> , 18(3), pp.253-272.	Feil land
Rambøll. (2013). Konsulentbistand i relation til magtanvendelsesudvalget. : , pp.. Available at: https://viden.sl.dk/artikler/socialpaedagoger/uddannelse-og-kompetenceudvikling/magtanvendelsesudvalget/ .	Feil populasjon
Reime Monika Alvestad. (2018). Between diverging discourses of the child: Juveniles' self-construction in coercive residential care. <i>Child Care in Practice</i> , 24(3), pp.273-287.	Duplikat
Reime Monika Alvestad. (2018). <i>Barn på tvang. Nyere styringstrender og konkurrerende diskurser i institusjonsbarnevernet.</i> . .	Feil setting
Reitan T. (2019). Negotiating Space in Confined Places – Co-Production of Public Services with Unwilling Users. <i>Scandinavian Journal of Public Administration</i> , 23(3-4), pp.61-81.	Feil setting
Reitan Therese. (2016). Arguing the case: Committing pregnant substance abusers to compulsory care. <i>The International Journal Of Alcohol And Drug Research</i> , 5(3), pp.131-139.	Duplikat
Reitan Therese. (2017). Patterns of polydrug use among pregnant substance abusers. <i>Nordic Studies On Alcohol And Drugs</i> , 34(2), pp.145-159.	Feil setting

Rennerskog J. (2021). 'Rightificating' Coercion – A Critical Perspective on the Transformation of State-Driven Coercive Care. <i>Social and Legal Studies</i> , 30(5), pp.726-744.	Feil publia- sjonstype
Riksrevisionen. (2024). <i>SiS särskilda ungdomshem – brister i statens tvångsvård av barn och unga</i> . : , pp.. Available at: https://www.riksrevisionen.se/granskningar/granskningssrapporter/2024/sis-sarskilda-ungdomshem---brister-i-statens-tvangsvard-av-barn-och-unga.html .	Feil popula- sjon
Rotmo Per Erik. (2024). <i>Hvilke erfaringer fremhever ungdom når de skal skildre sitt liv med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-lidelse)?</i> . . .	Feil setting
Sandén Malin and Jönsson Malin;. (2010). Arbetstillfredsställelse hos personal inom tvångsvård, LVM. , , pp..	Feil setting
Selbekk Anne Schanche and Adams Peter; Sagvaag Hildegunn; . (2018). "A Problem Like This Is Not Owned by an Individual". <i>Contemporary Drug Problems</i> , 45(2), pp.146-162.	Feil setting
SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd. (2011). FORSKNING OM TVANG I MISBRUGSBEHANDLING . : , pp.. Available at: https://pure.vive.dk/ws/files/240023/1105_Forskning_om_tvang_i_misbrugsbehandling.pdf .	Feil publia- sjonstype
Siqveland Torill and Moe Vibeke;. (2013). Longitudinal Development of Mother–Infant Interaction During the First Year of Life Among Mothers with Substance Abuse and Psychiatric Problems and Their Infants. <i>Child Psychiatry & Human Development</i> , 45(4), pp.408-421.	Feil setting
Sjaastad Thea Berger. (2024). <i>Rusproblemer i barnevernsinstitusjoner: I hvilken grad gjør barnevernsloven det mulig for barnevernsinstitusjoner å sikre realisering av barn med rusproblemer sine rettigheter?</i> . . .	Feil setting
Skårner Anette and Billquist Leila;. (2016). A two-way process: the client–keyworker relationship and its dynamics in coercive drug treatment. <i>Nordic Social Work Research</i> , 6(2), pp.77-88.	Feil setting
Slaatto Ane. (2024). "Youth voices matter!" <i>Safety and meaningful participation: Perspectives of youth and staff in Norwegian residential facilities</i> . . .	Feil setting
Socialstyrelsen. (2023). <i>Barn- och ungdomspsykiatrisk heldygnsvård och tvångsvård</i> . : , pp.. Available at: https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2022-9-8101.pdf .	Feil popula- sjon
Socialstyrelsen. (2024). <i>Vård efter behov? Om vård- och omsorgsinsatser till flickor och kvinnor med skadligt bruk och beroende</i> . : , pp.. Available at: https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2024-5-9075.pdf .	Feil popula- sjon
Sohlberg Tove and Storbjörk Jessica; Wennberg Peter;. (2025). Measuring social integration, treatment, and mortality after substance use treatment: methodological elaborations in a 20-year follow-up study. <i>BMC Research Notes</i> , 18(1), pp..	For gammel datainnsam- ling
Solli Kristin Klemmetsby. (2013). Er det bare tiden som vil vise? En analyse av hvilke formål som ligger bak bruk av tvang overfor mennesker med rusmiddelmisbruk. <i>Fontene Forskning</i> , , pp..	Duplikat
Steiro A and Dalsbo T K; Ringerike T; Hammerstrom K T; Hofman B;. (2009). Tvangsbehandling av opioidavhengige. , NIPH Systematic Reviews, pp.Executive Summaries.	Feil publia- sjonstype
Stenius Kerstin and Ullman Sara; Storbjörk Jessica; Nyberg Katarina;. (2011). En långtidsuppföljning av personer med tungt missbruk i Stockholms läns missbruksvård. , , pp..	Feil setting
Stenius Kerstin. (2009). Ogenomtänkta Förslag om Tvångsvård av Gravida Missbrukare. <i>Nordic Studies On Alcohol And Drugs</i> , 26(3), pp.241-242.	Feil publia- sjonstype
Storbjörk Jessica and Ullman Sara;. (2012). A prospective study of mortality up to eight years after starting treatment for alcohol and drug problems in Stockholm County: 2000–2008. <i>Addiction Research & Theory</i> , 20(5), pp.402-413.	Feil popula- sjon

Storbjörk Jessica. (2010). Vem tvångsvårdas? Utmärkande drag för tvångsvårdade respektive frivilligt vårdade personer med alkohol- och narkotikaproblem. <i>Nordic Studies On Alcohol And Drugs</i> , 27(1), pp.19-46.	For gammel datainnsamling
Storhaug Anita S and Havnen Karen J Skaale; Fylkesnes Marte Knag; Kojan Bente Heggem; Christiansen Øivin; Langsrud Elizabeth; Jarlby Frederikke; Jørgensen Kristina; Sørli Hanne Elisabeth; Gresdahl May; Skrove Gaute;. (2020). <i>Akutt - for hvem? Akutt-arbeid i kommunalt barnevern.</i> : , pp.. Available at: https://hdl.handle.net/11250/2686712 .	Feil populasjon
Svensson B. (2010). Escapes from compulsory treatment. <i>NAD Nordic Studies on Alcohol and Drugs</i> , 27(1), pp.47-62.	Feil setting
Sødal Line de Lange. (2008). <i>Adgang til bruk av tvang under opphold i barnevernsinstitusjoner og fosterhjem.</i> . .	Feil publikasjonstype
Terkelsen Toril Borch and Larsen Inger Beate; . (2013). The locked psychiatric ward: Hotel or detention camp for people with dual diagnosis. <i>Journal of Mental Health</i> , 22(5), pp.412-419.	Feil populasjon
Togersen K and Bjerke E; Gjellstad K; Ruud T; . (2015). Compulsory hospitalisation in mental health care in Ostfold in 2000 and 2010. <i>Tidsskrift for Den Norske Lægeforening</i> , 135(1), pp.31-4.	Feil populasjon
Turunen S and Valimäki M; Kaltiala-Heino R;. (2010). Psychiatrists' views of compulsory psychiatric care of minors. <i>International Journal of Law & Psychiatry</i> , 33(1), pp.35-42.	Feil land
Tyssen Kari Skyrud. (2024). <i>Bruk av tvang i rusbehandling i Norge - en scoping review.</i> .	Feil publikasjonstype
Ulset G and Melheim S; . (2013). <i>Håndtering av tvang i barneverninstitusjoner - Ansattes, lederes og tilsynets perspektiver.</i> : , pp.. Available at: https://samforsk.no/uploads/files/Handtering-av-tvang-i-barneverninstitusjoner_WEB.pdf .	Feil setting
Ulset G and Tjellfält T;. (2012). <i>Tvang i barneverninstitusjoner - Ungdommenes perspektiver.</i> : , pp.. Available at: https://samforsk.brage.unit.no/samforsk-xmlui/bits-tream/handle/11250/2366145/Tvang%2bi%2bbarneverninst%2brapport%2bWEB.pdf?sequence=3&isAllowed=y .	Feil populasjon
Vederhus John-Kåre and Birkeland Bente; Clausen Thomas;. (2016). Perceived quality of life, 6 months after detoxification: Is abstinence a modifying factor?. <i>Quality Of Life Research</i> , 25(9), pp.2315-2322.	Feil setting
Vederhus John-Kåre and Pripp Are Hugo; Clausen Thomas;. (2016). Quality of Life in Patients with Substance Use Disorders Admitted to Detoxification Compared with those Admitted to Hospitals for Medical Disorders: Follow-Up Results. <i>Substance Abuse Research And Treatment</i> , 10, pp.SART.S39192-SART.S39192.	Feil setting
Veimæl Tina Marie. (2012). <i>Adgangen til bruk av tvang og restriksjoner under opphold i barneverninstitusjon.</i> . .	Feil publikasjonstype
Viertiö Satu and Therman Sebastian; Kuussaari Kristiina; Suvisaari Jaana; . (2024). Patient-Reported Experience Measures for In- and Outpatients in Mental Health and Substance Use Services : Psychometric Properties and Results From a Nationwide Survey in Finland. <i>International Journal of Methods in Psychiatric Research</i> , 33, pp..	Feil land
von Greiff Ninive and Skogens Lisa;. (2012). Research report. <i>Nordic Studies On Alcohol And Drugs</i> , 29(2), pp.195-209.	Feil setting
Welle-Strand Gabrielle K and Skurtveit Svetlana; Abel Kristine Fiksdal; Chalabianloo Fatemeh; Sarfi Monica; . (2020). Living a normal life? Follow-up study of women who had been in opioid maintenance treatment during pregnancy. <i>Journal Of Substance Abuse Treatment</i> , 113, pp.108004-108004.	Feil setting
Wiig E M. (2013). Tvangsinnlagte gravide rusmiddelavhengige 1996-2010. <i>Rusfag</i> , (1), pp.89-98.	Feil publikasjonstype
Wiig Eli Marie and Haugland Bente Storm Mowatt; Halså Astrid; Myhra Siv Merethe; . (2014). Substance-dependent women becoming mothers: breaking the cycle of adverse childhood experiences. <i>Child & Family Social Work</i> , 22(1), pp.26-35.	Feil setting

-
- Zachariassen Cecilie Marie. (2015). *Plassering i barnevernet på bakgrunn av lov om barneverntjenester §§ 4-24 og 4-26 : opplevelser av medvirkning i plasseringsforløp. . .* Feil populasjon
-
- Ådnanes Marian and Westby Lena Catherine Lossius; Kaspersen Silje Lill; Krane Vibeke; Sommer Mona; Kaasbøll Jannike; Bruteig Rebekka; Halvorsen Thomas; Thoresen Stian; Paulsen Veronika;. (2024). *Helsehjelp til barn i barnevernet - Behov, barrierer og helsetjenestebruk. : , pp..* Available at: <https://hdl.handle.net/11250/3126046>. Feil setting
-
- Aasland O G and Husum T L; Forde R; Pedersen R;. (2018). Between authoritarian and dialogical approaches: Attitudes and opinions on coercion among professionals in mental health and addiction care in Norway. *International Journal of Law & Psychiatry*, 57, pp.106-112. Feil populasjon
-

Vedlegg 4: Vurdering av metodiske begrensninger eller risiko for systematiske skjevheter i de inkluderte studiene

Tabell 7: vurderinger av metodiske begrensninger i de inkluderte kvalitative studiene

Forfatter(e), år	#1 Kon- tekst	#2 Utvalgs- strategi	#3 Da- taintn- samling	#4 Data-ana- lyse	#5 Funnene støttet av data- grunnlaget	#6 Refleksivi- tet	#7 Etiske betrakt- ninger	#8 Andre be- kymringer	Vurdering
Berg et al. 2022	Ja	Ja	Ja/delvis	Ja	Ja	Nei	Nei/ delvis	N/A	Moderate
Billquist & Skår- ner 2009	Ja	Ja/delvis	Ja	Ja	Ja	Nei	Delvis	N/A	Moderate
Bjørlien Inger 2023	Ja	Ja	Ja	Delvis/uklart	Ja	Ja	Delvis/uklart	N/A	Små/mode- rate
Ekendahl Mats 2009	Ja	Ja/delvis	Ja	Ja/delvis	Ja	Nei	Nei/delvis	N/A	Moderate
Fossmark Jea- nette Litlatun 2020	Ja/delvis	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	N/A	Små
Gundersen Tonje et al. 2023	Ja	Ja	Ja/delvis	Ja/delvis	Delvis	Ja	Ja	N/A	Små/mode- rate

Gundersen Tonje et al. 2024	Ja	Ja	Ja/delvis	Ja	Ja/delvis	Ja/delvis	Ja/delvis	N/A	Små/moderate
Henriksen Ann-Karina 2021	Ja	Delvis	Ja	Ja/delvis	Ja	Nei	Nei	N/A	Moderate
Lundeberg Ingrid Rindal & Mjåland Kristian 2009	Ja	Ja	Delvis	Nei	Ja	Nei	Nei	N/A	Mode-rate/store
Molnes Bernt Marius G 2019	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nei	Ja	N/A	Små/moderate
Monrad Heidi 2019	Ja/delvis	Ja	Ja	Ja/delvis	Delvis	Delvis	Delvis	N/A	Mode-rate/store
Myra Siv M et al. 2018	Ja	Delvis	Delvis	Ja	Ja	Nei	Nei/delvis	N/A	Moderate
Myra Siv Merete et al. 2016	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nei/uklart	Ja/uklart	N/A	Små/moderate
Myra Siv Merete et al. 2024	Ja	Delvis	Ja/delvis	Ja/delvis	Ja	Nei	Delvis	N/A	Moderate
Palm J 2009	Ja	Ja/delvis	Ja/delvis	Delvis	Ja	Nei	Nei	N/A	Mode-rate/store
Persson Lene 2020	Ja/delvis	Ja/delvis	Delvis	Delvis	Ja/delvis	Delvis	Ja/delvis	N/A	Moderate
Petersson Frida J et al. 2021	Ja	Ja	Ja/delvis	Ja	Ja	Nei	Ja/delvis	N/A	Mode-rate/små
Reime M A & Tysnes I B 2021	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja/delvis	Ja	N/A	Små
Reime M A. Fjær 2010	Ja	Ja	Ja	Nei	Ja/delvis	Nei	Nei	N/A	Store
Reime Monika Alvestad 2017	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja/delvis	Ja/delvis	N/A	Små
Runquist Weddig 2012	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	N/A	Små

Samuelson Sandra 2024	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja/delvis	Delvis	Ja/delvis	N/A	Små/mode-rate
Solli Kristin Klemmetsby 2012	Delvis	Ja/delvis	Ja	Ja	Ja/delvis	Nei	Ja/delvis	N/A	Mode-rate/små
Storrø Idunn 2015	Ja	Delvis	Ja	Ja	Ja	Delvis	Delvis	N/A	Moderate
Söderström K & Skolbekken J A 2012	Ja	Ja/delvis	Ja/delvis	Delvis	Delvis	Nei	Nei/delvis	N/A	Mode-rate/store
Tysnes Ingunn Barmen 2014	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	N/A	Små
Wehus Maria 2019	Ja	Ja/uklart	Ja	Ja	Ja/uklart	Nei	Ja/uklart	Litt enkelt språk	Mode-rate/store

Tabell 8: vurderinger av risiko for systematiske skjevheter i de inkluderte kvantitative studiene

Referanse	Domener											Endelig vurdering
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
Fridell, (2009)	NA	NA	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Lav risiko
Lauritzen, (2012)	NA	NA	Ja	Ja	Nei	Ja	Ja	Ja	Delvis	Delvis	Delvis	Moderat/høy risiko
Korus region sør (2015)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nei	Ja	Ja				Moderat/lav risiko
Nordlie, (2012)	Delvis	Ja	Ja	Ja	Delvis	Nei	Ja	Nei				Høy risiko
Reitan (2011)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nei	Delvis	Delvis				Moderat risiko
Reitan (2019)	Delvis	NA	Ja	Ja	Nei	Delvis	Ja	Ja	Ja	Delvis	Delvis	Moderat/høy risiko
Reitan, (2017)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Delvis		Lav risiko

Grahn (2015)	NA	NA	Ja	Ja	Ja	NA	Ja	Ja	Nei	Nei	Ja	Moderat/lav risiko
Grahn (2022)	Delvis	Ja	Delvis	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Lav/Moderat risiko
Hall (2015)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja				Lav risiko
Ledberg (2022)	NA	NA	Ja	Delvis	Delvis	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Moderat risiko
Lundgren (2012)	Ja	Ja	Ja	Delvis	Ja	Ja	Delvis	Ja				Lav/Moderat risiko
Opsal 2016	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Delvis	Delvis	Delvis				Moderat risiko
Opsal 2019	Delvis	Ja	Ja	Ja	Delvis	NA	Delvis	Ja	Nei	Nei	Delvis	Moderat/høy risiko
Padyab (2015)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Lav risiko
Pasareanu 2015	Delvis	NA	Ja	Ja	Delvis	Ja	Ja	Ja	Delvis	Nei	Delvis	Moderat risiko
Pasareanu 2016	Delvis	NA	Ja	Ja	Delvis	Ja	Delvis	Ja	Delvis	Ja	Delvis	Moderat risiko
Pasareanu 2017	Delvis	NA	Ja	Ja	Delvis	Ja	Ja	Ja	Delvis	Nei	Delvis	Moderat risiko
Scarpa (2023)	NA	NA	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Lav risiko

Spørsmål for hvert domene:

Cohort studies

1. Were the two groups similar and recruited from the same population?
2. Were the exposures measured similarly to assign people to both exposed and unexposed groups?
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?
4. Were confounding factors identified?
5. Were strategies to deal with confounding factors stated?
6. Were the groups/participants free of the outcome at the start of the study (or at the moment of exposure)?
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?
8. Was the follow up time reported and sufficient to be long enough for outcomes to occur?
9. Was follow up complete, and if not, were the reasons to loss to follow up described and explored?
10. Were strategies to address incomplete follow up utilized?

11. Was appropriate statistical analysis used?

Analytical cross sectional

1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?
2. Were the study subjects and the setting described in detail?
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?
4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?
5. Were confounding factors identified?
6. Were strategies to deal with confounding factors stated?
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?
8. Was appropriate statistical analysis used?

Prevalence studies

1. Was the sample frame appropriate to address the target population?
2. Were study participants sampled in an appropriate way?
3. Was the sample size adequate?
4. Were the study subjects and the setting described in detail?
5. Was the data analysis conducted with sufficient coverage of the identified sample?
6. Were valid methods used for the identification of the condition?
7. Was the condition measured in a standard, reliable way for all participants?
8. Was there appropriate statistical analysis?
9. Was the response rate adequate, and if not, was the low response rate managed appropriately?

Tabell 9: vurderinger av metodiske begrensninger i en inkludert mixed-metode studie (Lundeberg, 2010) med MMAT

Spørsmål	Vurdering
S1. Are there clear research questions?	Ja
S2. Do the collected data allow to address the research questions?	Ja

1.1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research question?	Ja
1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?	Ja
1.3. Are the findings adequately derived from the data?	Nei
1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?	Delvis
1.5. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation?	Ja/delvis
4.1. Is the sampling strategy relevant to address the research question?	Ja
4.2. Is the sample representative of the target population?	Delvis
4.3. Are the measurements appropriate?	Uklart
4.4. Is the risk of nonresponse bias low?	Delvis
4.5. Is the statistical analysis appropriate to answer the research question?	Ja
5.1. Is there an adequate rationale for using a mixed methods design to address the research question?	Ja
5.2. Are the different components of the study effectively integrated to answer the research question?	Delvis
5.3. Are the outputs of the integration of qualitative and quantitative components adequately interpreted?	Delvis
5.4. Are divergences and inconsistencies between quantitative and qualitative results adequately addressed?	Uklart
5.5. Do the different components of the study adhere to the quality criteria of each tradition of the methods involved?	Delvis
Totalvurdering	Moderat

Vedlegg 5: Tillit til dokumentasjonen (GRADE CERQual)

Tabell 10: vurdering av tillit til kvalitative funn

Funn	Metodiske begrensinger	Koherens	Dataens omfang og dybde	Relevans	GRADE-CERQual vurdering	Referanser
Både ansatte og brukere snakket om hvordan motivasjon var en viktig forutsetning for endring blant pasienter tilbakeholdt på tvang. I tilfeller der man sammenlignet deltakere som ble plassert frivillig og under tvang, fant man at frivillig plassering ikke alltid betydde at man var mer motivert for å bli rusfri. For noen kunne tvungen plassering fungere som en ramme som fremmet motivasjon for rusfrihet. Samtidig kunne det ofte ta tid å bli motivert for endring og klar til å ta imot behandling, og flere snakket om at det var nødvendig å ha oppholdt seg på institusjon i en lengre periode før man kunne begynne å reflektere over sin egen situasjon. Bruken	Moderate bekymringer Forklaring: Noen bekymringer knyttet til datainnsamling, analyse, refleksivitet og etikk.	Ingen bekymringer	Ingen bekymringer	Ingen bekymringer	Moderat tillit Forklaring: Moderate bekymringer vedrørende metodiske begrensninger, Ingen bekymringer vedrørende koherens, Ingen bekymringer vedrørende dataomfang, og Ingen bekymringer vedrørende relevans	Bjørlien Inger 2023; Gundersen Tonje et al. 2023; Gundersen Tonje et al. 2024; Lundeberg Ingrid Rindal et al. 2010; Myra Siv

Funn	Metodiske begrensinger	Koherens	Dataens omfang og dybde	Relevans	GRADE-CERQual vurdering	Referanser
av tvang under oppholdet virket også inn på brukernes motivasjon. Ansatte snakket om at manglende bruk av tvang, i form av rammer og disiplin, kunne virke demotiverende på brukerne.						Merete et al. 2024; Reime M A. Fjær 2010; Samuelsen Sandra 2024; Storrø Idunn 2015; Tysnes Ingunn Barmen 2014;
For mange medførte tilbakehold uten samtykke en opplevelse av urett, emosjonelt ubehag og krenkelse. Noen følte seg som kriminell uten å ha gjort noe straffbart. På den andre siden ble oppholdet opplevd som en pause/brudd fra hverdagen/rusen, der man fikk mulighet til å reflektere over sin egen situasjon.	Moderate bekymringer Forklaring: Noen bekymringer på grunn av analyse, refleksivitet og etikk.	Ingen bekymringer	Ingen bekymringer	Ingen bekymringer	Moderat tillit Forklaring: Moderate bekymringer vedrørende metodiske begrensninger, Ingen bekymringer vedrørende koherens, Ingen bekymringer vedrørende dataomfang, og Ingen bekymringer vedrørende relevans	Billquist & Skårner 2009; Eken-dahl Mats 2009; Foss-mark Jeannette Litlatun 2020; Gundersen Tonje et al. 2023; Henriksen

Funn	Metodiske begrensinger	Koherens	Dataens omfang og dybde	Relevans	GRADE-CERQual vurdering	Referanser
						Ann-Karina 2021; Molnes Bernt Marius G 2019; Monrad Heidi 2019; Reime M A & Tysnes I B 2021; Runquist Weddig 2012;
Ansatte har ulike oppfattelser av hva tvang er, fra grensetting til fysisk bruk av tvang. Noen ansatte har en forståelse av tvang som et inngrep, men ikke et inngrep som går så langt at det går på bekostning av beboeres frihet. Tvang i institusjon anvendes hovedsakelig i nødverge, som en siste utvei, for eksempel for å redde liv.	Moderate bekymringer Forklaring: Noen bekymringer knyttet til analyse, etikk og refleksivitet	Moderate bekymringer Forklaring: Moderate bekymringer knyttet til at vi har måttet tolke informantenes utsagn om	Moderate bekymringer Forklaring: Begrenset datarikhet i deler av materialet	Ingen bekymringer	Lav tillit Forklaring: Moderate bekymringer vedrørende metodiske begrensninger, Moderate bekymringer vedrørende koherens, Moderate bekymringer vedrørende	Gundersen Tonje et al. 2023; Gundersen Tonje et al. 2024; Lundeberg Ingrid Rindal & Mjåland Kristian 2009;

Funn	Metodiske begrensninger	Koherens	Dataens omfang og dybde	Relevans	GRADE-CERQual vurdering	Referanser
		forståelse av tvang			dataomfang, og Ingen bekymringer vedrørende relevans	Lundeberg Ingrid Rindal et al. 2010; Palm J 2009; Reime Monika Alvestad 2017; Samuelsen Sandra 2024;
Flere brukere sier i etterkant av tilbakeholdet at tvangsvedtaket var nødvendig og at det ga mulighet for refleksjon over, og forståelse av, egen situasjon og dermed en forutsetning for endring. Mangel på valgmuligheter ble sett på som en fordel.	Moderate bekymringer Forklaring: Noen bekymringer knyttet til refleksivitet og etikk	Ingen bekymringer	Ingen bekymringer	Ingen bekymringer	Moderat tillit Forklaring: Moderate bekymringer vedrørende metodiske begrensninger, Ingen bekymringer vedrørende koherens, Ingen bekymringer vedrørende dataomfang, og Ingen bekymringer vedrørende relevans	Bjørlien Inger 2023; Fossmark Jeanette Litlatun 2020; Henriksen Ann-Karina 2021; Lundeberg Ingrid Rindal et al. 2010; Myra Siv

Funn	Metodiske begrensinger	Koherens	Dataens omfang og dybde	Relevans	GRADE-CERQual vurdering	Referanser
						Merete et al. 2016; Myra Siv Merete et al. 2024; Reime M A & Tysnes I B 2021; Reime M A. Fjær 2010; Runquist Weddig 2012; Storrø Idunn 2015; Tysnes Ingunn Barmen 2014; Wehus Maria 2019;
Lengde på opphold ble sett på som en viktig faktor, både for å skape mulighet for endring, relasjon mellom behandler og klient, og for å fremme motivasjon for behandling/å bli rusfri. Opplevelsen av tilbakehold endret seg for mange over tid,	Mindre bekymringer Forklaring: Noen små bekymringer	Ingen bekymringer	Ingen bekymringer	Ingen bekymringer	Høy tillit Forklaring: Små bekymringer vedrørende metodiske begrensninger, Ingen	Bjørlien Inger 2023; Fossmark Jeanette Litlatun 2020;

Funn	Metodiske begrensinger	Koherens	Dataens omfang og dybde	Relevans	GRADE-CERQual vurdering	Referanser
og særlig hvis pasienten fant mening i tilbakeholdet. Det tar tid for klienten å lande i opphold/tid å posisjonere seg.	knyttet til refleksivitet og etikk				bekymringer vedrørende koherens, Ingen bekymringer vedrørende dataomfang, og Ingen bekymringer vedrørende relevans	Gundersen Tonje et al. 2024; Lundeborg Ingrid Rindal et al. 2010; Monrad Heidi 2019; Reime M A & Tysnes I B 2021; Runquist Weddig 2012; Storø Idunn 2015; Tysnes Ingunn Barmen 2014;
Relasjon til ansatte i institusjon påvirker oppholdet. Åpen dialog og mulighet for medvirkning fra brukerne øker motivasjonen for endring. Det å bli sett eller vist tillit til av ansatte skaper trygghet og mer motivasjon for endring, og der-	Moderate bekymringer	Ingen bekymringer	Ingen bekymringer	Ingen bekymringer	Moderat tillit Forklaring: Moderate bekymringer vedrørende metodiske begrensninger, Ingen	Billquist & Skårner 2009; Gundersen Tonje et al. 2023;

Funn	Metodiske begrensinger	Koherens	Dataens omfang og dybde	Relevans	GRADE-CERQual vurdering	Referanser
med en mer positiv opplevelse av tilbakeholdet. God relasjon til behandler øker pasientens forståelse av oppholdet og reglementet - de forstår at de ansatte ønsker å hjelpe. Relasjonsbygging i starten ser ut til å ha betydning for det videre oppholdet. Når tvangen oppleves som straff kan det gå på bekostning av relasjonsbygging og tillit.	Forklaring: Noen bekymringer knyttet til datagrunnlag, refleksivitet og etikk				bekymringer vedrørende koherens, Ingen bekymringer vedrørende dataomfang, og Ingen bekymringer vedrørende relevans	Gundersen Tonje et al. 2024; Lundeborg Ingrid Rindal et al. 2010; Monrad Heidi 2019; Myra Siv M et al. 2018; Reime M A & Tysnes I B 2021; Samuelson Sandra 2024; Storø Idunn 2015; Tysnes Ingunn Barmen 2014;

Funn	Metodiske begrensinger	Koherens	Dataens omfang og dybde	Relevans	GRADE-CERQual vurdering	Referanser
Flere unge og voksne opplever at de belønnes for god oppførsel i form av mer frihet, og taper goder eller ikke får goder ved regelbrudd. Ifølge ansatte og brukere kan belønning skape motivasjon for rusfrihet, men enkelte unge forteller også at det er demotiverende å "gå ned i nivå".	Moderate bekymringer Forklaring: Noe bekymring knyttet mer til utvalg, refleksivitet og etikk	Mindre bekymringer Forklaring: Noe bekymring knyttet mer til utvalg, refleksivitet og etikk	Moderate bekymringer Forklaring: Ulikt datagrunnlag for ulike deler av funnet.	Ingen bekymringer	Moderat tillit Forklaring: Moderate bekymringer vedrørende metodiske begrensninger, Små bekymringer vedrørende koherens, Moderate bekymringer vedrørende dataomfang, og Ingen bekymringer vedrørende relevans	Gundersen Tonje et al. 2023; Gundersen Tonje et al. 2024; Henriksen Ann-Karina 2021; Lundeborg Ingrid Rindal et al. 2010; Molnes Bernt Marius G 2019; Petersson Frida J et al. 2021; Reime M A & Tysnes I B 2021; Samuelsen Sandra

Funn	Metodiske begrensninger	Koherens	Dataens omfang og dybde	Relevans	GRADE-CERQual vurdering	Referanser
						2024; Storø Idunn 2015; Tysnes Ingunn Barmen 2014;
Det var variasjon i opplevelsen av virkningen av tvang. Både ansatte og ungdom opplevde at tvang under tilbakeholdet kunne bidra til ytterligere bruk av tvang. Tilbakehold og grensesetting kunne oppleves som positivt, da det kunne bidra til positive endringer, opplevd mestring og personlig vekst. Pasienter som ikke opplevde tilbakeholdet som nyttig knyttet dette til manglende motivasjon, manglende ønske om endring og at de ikke fant mening ved oppholdet.	Moderate bekymringer Forklaring: Noe bekymring knyttet til analyse, refleksivitet og etikk	Ingen bekymringer	Mindre bekymringer Forklaring: Noe tynt datagrunnlag på deler av funnet.	Ingen bekymringer	Moderat tillit Forklaring: Moderate bekymringer vedrørende metodiske begrensninger, Ingen bekymringer vedrørende koherens, Små bekymringer vedrørende dataomfang, og Ingen bekymringer vedrørende relevans	Bjørlien Inger 2023; Gundersen Tonje et al. 2023; Lundeberg Ingrid Rindal & Mjåland Kristian 2009; Lundeberg Ingrid Rindal et al. 2010; Monrad Heidi 2019; Myra Siv Merete et al.

Funn	Metodiske begrensinger	Koherens	Dataens omfang og dybde	Relevans	GRADE-CERQual vurdering	Referanser
						2024; Reime M A & Tysnes I B 2021; Runquist Weddig 2012; Storø Idunn 2015; Tysnes Ingunn Barmen 2014;
For flere brukere var den umiddelbare reaksjonen av tvangsinnleggelsen preget av motvilje og følelse av overrumpling. Noen refererte til at de ikke hadde gjort noe straffbart, men opplevde det som fengsling. Flere trekker frem at manglende informasjon bidro til å forsterke motviljen.	Alvorlige bekymringer Forklaring: Noen bekymringer knyttet til analyse, refleksivitet og etikk	Mindre bekymringer Forklaring: Noe spenn i materialet	Mindre bekymringer Forklaring: Noe tynnere datagrunnlag for deler av populasjoner	Ingen bekymringer	Lav tillit Forklaring: Alvorlige bekymringer vedrørende metodiske begrensninger, Små bekymringer vedrørende koherens, Små bekymringer vedrørende dataomfang, og Ingen bekymringer vedrørende relevans	Bjørlien Inger 2023; Lundeberg Ingrid Rindal & Mjåland Kristian 2009; Lundeberg Ingrid Rindal et al. 2010;

Funn	Metodiske begrensinger	Koherens	Dataens omfang og dybde	Relevans	GRADE-CERQual vurdering	Referanser
						Molnes Bernt Marius G 2019; Monrad Heidi 2019; Petersson Frida J et al. 2021; Reime M A & Tysnes I B 2021; Runquist Weddig 2012; Storrø Idunn 2015; Söderström K & Skolbekken J A 2012;
Både voksne og unge forteller å ha vært utsatt for en rekke tvangstiltak, og at dette oppleves som straff og begrensende. Ungdommen har god kjennskap til hvilke prosedyrer	Mindre bekymringer	Ingen bekymringer	Ingen bekymringer	Ingen bekymringer	Høy tillit	Gundersen Tonje et al.

Funn	Metodiske begrensinger	Koherens	Dataens omfang og dybde	Relevans	GRADE-CERQual vurdering	Referanser
og sanksjoner som gjelder ved brudd på reglementet, men tiltakene oppleves kjipe. Enkelte ansatte er bevisste på at tvang kan oppleves som straff og kan svekke tilliten mellom ansatte og brukere.	Forklaring: Noen bekymringer knyttet til refleksivitet og etikk				Forklaring: Små bekymringer vedrørende metodiske begrensninger, Ingen bekymringer vedrørende koherens, Ingen bekymringer vedrørende dataomfang, og Ingen bekymringer vedrørende relevans	2023; Gundersen Tonje et al. 2024; Lundeberg Ingrid Rindal et al. 2010; Molnes Bernt Marius G 2019; Petersson Frida J et al. 2021; Reime Monika Alvestad 2017; Samuelsen Sandra 2024; Storrø Idunn 2015; Tysnes Ingunn Barmen 2014;

Funn	Metodiske begrensinger	Koherens	Dataens omfang og dybde	Relevans	GRADE-CERQual vurdering	Referanser
Mange ungdom, voksne og gravide opplever tilbakeholdet på institusjon som meningsløst og kun som oppbevaring. De opplever et tilbakehold uten aktiviteter, behandlingstilbud og rammer, noe som hindrer endring. Behovet for mer meningsfullt innhold og mer kontroll/struktur etterlyses av flere. Enkelte ansatte bekrefter brukernes opplevelser.	Moderate bekymringer Forklaring: Noe bekymring knyttet til analyse, refleksivitet og etikk	Ingen bekymringer	Ingen bekymringer	Ingen bekymringer	Moderat tillit Forklaring: Moderate bekymringer vedrørende metodiske begrensninger, Ingen bekymringer vedrørende koherens, Ingen bekymringer vedrørende dataomfang, og Ingen bekymringer vedrørende relevans	Ekendahl Mats 2009; Gundersen Tonje et al. 2024; Lundeberg Ingrid Rindal & Mjåland Kristian 2009; Lundeberg Ingrid Rindal et al. 2010; Molnes Bernt Marius G 2019; Reime M A & Tysnes I B 2021; Runquist Weddig 2012; Storrø

Funn	Metodiske begrensinger	Koherens	Dataens omfang og dybde	Relevans	GRADE-CERQual vurdering	Referanser
						Idunn 2015; Tysnes Ingunn Barmen 2014;
Flere brukere opplever en ambivalens mellom negative følelser omkring tilbakehold og lettelse over midlertidig stopp i rusmiddelbruk og mulighet til å finne en vei videre ut av rusen. Flere ender opp med å akseptere oppholdet til tross for manglende samtykke. Noen ansatte opplever en motsetning i at tilbakehold uten samtykke ikke fører med seg et krav om deltakelse i aktiviteter eller i behandling, og at kontroll/regler er nødvendig for å yte hjelp.	Moderate bekymringer Forklaring: Noe bekymring knyttet til datagrunnlag, refleksivitet og etikk	Mindre bekymringer Forklaring: For- Noe spenn i materialet, noe for- tolkning av studieforfatterne	Moderate bekymringer Forklaring: Noe tynt datagrunnlag for deler av funnet	Ingen bekymringer	Lav tillit Forklaring: Moderate bekymringer vedrørende metodiske begrensninger, Små bekymringer vedrørende koherens, Moderate bekymringer vedrørende dataomfang, og Ingen bekymringer vedrørende relevans	Billquist & Skårner 2009; Fossmark Jeanette Litlatun 2020; Gundersen Tonje et al. 2024; Lundeberg Ingrid Rindal et al. 2010; Molnes Bernt Marius G 2019; Palm J 2009; Samuelsen Sandra

Funn	Metodiske begrensinger	Koherens	Dataens omfang og dybde	Relevans	GRADE-CERQual vurdering	Referanser
						2024; Solli Kristin Klemetsby 2012; Söderström K & Skolbekken J A 2012;
Mange ungdom, voksne og gravide opplever at meningsfulle aktiviteter under tilbakehold, uansett plasseringshjemmel, er viktig for økt motivasjon til endring. Aktiviteter som nevnes er alt fra idrett og trening, turer, fasesystemer/strukturer til rusbehandling. Også flere ansatte fremhever viktigheten av at oppholdets innhold virker meningsfylt.	Moderate bekymringer Forklaring: Noe bekymring knyttet til analyse, refleksivitet og etikk	Ingen bekymringer	Ingen bekymringer	Ingen bekymringer	Moderat tillit Forklaring: Moderate bekymringer vedrørende metodiske begrensninger, Ingen bekymringer vedrørende koherens, Ingen bekymringer vedrørende dataomfang, og Ingen bekymringer vedrørende relevans	Bjørlien Inger 2023; Gundersen Tonje et al. 2024; Lundeberg Ingrid Rindal & Mjåland Kristian 2009; Lundeberg Ingrid Rindal et al. 2010; Molnes Bernt Marius

Funn	Metodiske begrensinger	Koherens	Dataens omfang og dybde	Relevans	GRADE-CERQual vurdering	Referanser
						G 2019; Reime M A & Tysnes I B 2021; Tysnes Ingunn Barmen 2014;
Mange ungdom, voksne og gravide opplever et press om å samtykke til tilbakehold i institusjon fordi de opplever at alternativet er tilbakehold på tvang. Mange opplever trusler om bruk av tvang, eller endring av vedtakshjemmel, ved uønsket atferd/brudd på reglementet eller ønske om å forlate institusjonen under tilbakeholdet. Dette bekreftes også av enkelte ansatte.	Alvorlige bekymringer Forklaring: Bekymringer knyttet til analyse, datagrunnlag, refleksivitet og etikk	Ingen bekymringer	Mindre bekymringer Forklaring: Litt tynt datagrunnlag på deler av funn	Ingen bekymringer	Lav tillit Forklaring: Alvorlige bekymringer vedrørende metodiske begrensninger, Ingen bekymringer vedrørende koherens, Små bekymringer vedrørende dataomfang, og Ingen bekymringer vedrørende relevans	Gundersen Tonje et al. 2024; Henriksen Ann-Karina 2021; Lundeborg Ingrid Rindal & Mjåland Kristian 2009; Lundeborg Ingrid Rindal et al. 2010; Runquist Weddig

Funn	Metodiske begrensinger	Koherens	Dataens omfang og dybde	Relevans	GRADE-CERQual vurdering	Referanser
						2012; Samuelsen Sandra 2024; Wehus Maria 2019;
Både ungdom, voksne og gravide mener at oppfølging etter utskrivelse er en forutsetning for rusfrihet, men mange opplever manglende eller ufullstendig oppfølging i etterkant. Oppfølgingen som trekkes frem som viktig er at den er individuelt tilpasset og inneholder behandlingstilbud, botilbud, praktisk bistand, emosjonell/psykologisk støtte og hjelp til å få etablert sosiale nettverk og arbeidsforhold. Ulik praksis ved institusjonene gjør at ikke alle gravide opplever å få tilbud om frivillig oppfølging i etterkant av tilbakeholdet. For enkelte unge fremstår uklart hvem som har ansvaret om oppfølging etter oppholdet på institusjon.	Moderate bekymringer Forklaring: Noe bekymring knyttet til refleksivitet og etikk	Ingen bekymringer	Ingen bekymringer	Ingen bekymringer	Høy tillit Forklaring: Moderate bekymringer vedrørende metodiske begrensninger, Ingen bekymringer vedrørende koherens, Ingen bekymringer vedrørende dataomfang, og Ingen bekymringer vedrørende relevans	Ekendahl Mats 2009; Gundersen Tonje et al. 2023; Gundersen Tonje et al. 2024; Lundeberg Ingrid Rindal et al. 2010; Runquist Weddig 2012; Tysnes Ingunn Barmen 2014;

Funn	Metodiske begrensninger	Koherens	Dataens omfang og dybde	Relevans	GRADE-CERQual vurdering	Referanser
Ansatte i barnevernsinstitusjon opplever at de har mistet viktig handlingsrom og terapeutiske verktøy etter at Sivilombudets vurderinger etter tilsynsbesøk medførte en strengere fortolkning og praksis av rettighetsforskriften. Ved krav om samtykke fra ungdom blir ikke ungdom med på aktiviteter som ansatte mener er viktige for ungdommene ved inntak i institusjon og underveis i tilbakeholdet. Ansatte opplever at det hindrer dem i å sette krav til og grenser for ungdommen. Ansatte opplever at det blir mer fokus på rettigheter enn plikter og grensesetting, og at det bidrar til urettferdig ansvarliggjøring av ungdom som "ikke ser sitt eget beste" (forstår sin egen situasjon).	Ingen bekymringer	Ingen bekymringer	Mindre bekymringer Forklaring: To kilder, men rike data	Ingen bekymringer	Høy tillit Forklaring: Ingen bekymringer vedrørende metodiske begrensninger, Ingen bekymringer vedrørende koherens, Små bekymringer vedrørende dataomfang, og Ingen bekymringer vedrørende relevans	Gundersen Tonje et al. 2024; Reime Monika Alvestad 2017;

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Januar 2026
Postboks 222 Skøyen
NO-0213 Oslo
Telefon: 21 07 70 00

Rapporten kan lastes ned gratis fra www.fhi.no