

Utfall av lagstadgad tvångsvård för personer med missbruks- och beroendeproblem – en systematisk översikt



Magnus Israelsson

FORSKNINGSRAPPORT

ISBN 978-91-87053-81-8

Att uppleva, motverka och hantera konflikter inom tvångsvård och arbetet med
Trygghetsplaner

Nummer 7 år 2021

Publikationerna finns att beställa eller
ladda ner från SiS webbplats.
www.stat-inst.se

Engelsk titel:
Institutional Care in Focus

Publikationsseriens adress:
Statens institutionsstyrelse
Box 1062
171 22 Solna

Utfall av lagstadgad
tvångsvård för personer med
missbruks- och beroendeproblem
– en systematisk översikt

Innehållsförteckning

Sammanfattning	4
Inledning	5
Syfte och frågeställningar.....	7
Metod	8
Informationskällor	8
Sökningar och selektion	9
Studiekvalitet.....	10
Resultat	12
Tidigare översiktsstudier.....	12
Primärstudier	14
Tvångsvårdade i jämförelse med icke vårdade.....	14
Jämförelser inom grupper av tvångsvårdade.....	15
Tvångsvårdade utan jämförelsegrupp.....	16
Tvångsvårdade i jämförelse med frivilligt vårdade	17
Diskussion.....	19
Leder tvångsvård till förbättring för de vårdade och vad medverkar i så fall till det?.....	19
Är lagtyp relaterad till utfall av tvångsvård?	21
Har rapporteringen av utfall av lagstadgad tvångsvård förändrats över tid?	21
Vilken betydelse har resultaten, och hur kan vi dra nytta av dem i svensk kontext?	21
Tabeller	24
Referenser - inkluderade publikationer	46
Referenser	51
Bilagor	58

Tabellförteckning

Tabell 1. Tidigare översiktsstudier.....	24
Tabell 2. Primärstudier, jämförelser med icke vårdade	26
Tabell 3. Primärstudier, jämförelser inom grupper av tvångsvårdade.....	29
Tabell 4. Primärstudier, utan jämförelsegrupp.....	33
Tabell 5. Primärstudier, jämförelser med frivilligt vårdade.....	36

Sammanfattning

Forskning om utfall av lagstadgad tvångsvård är relativt begränsad där studiers metoddesign leder till svårigheter i att mäta effektivitet av tvångsvård. Syftet med föreliggande studie var att sammanställa internationell forskning om lagstadgad tvångsvård som tilldöms vuxna personer med missbruks- och beroendeproblem, och utfall samt genomförbarhet av sådan vård. Vidare var syftet att undersöka om eventuell förbättring är relaterad till lagtyp, tvångsvårdens utformning eller vårdens varaktighet och om rapporteringen av utfall av lagstadgad tvångsvård har förändrats över tid.

En systematisk litteraturöversikt genomfördes där sju elektroniska databaser genomsöktes efter tidigare forskningsstudier gällande utfall av lagstadgad tvångsvård. Totalt inkluderades nio översiktsstudier och 40 primärstudier.

Resultaten från *tidigare översiktsstudier* visar att lagstadgad tvångsvård, som innehåller utredning av personens problembild och behov och som innehåller strukturerad vård eller behandling leder till minskat missbruk och förbättrade överlevnadschanser. Ett flertal primärstudier där *tvångsvårdade jämförs med icke vårdade* visar att förbättringar skett för de tvångsvårdade, till exempel minskat missbruk och minskad kriminalitet. Inledande vård vid institution samt ett strukturerat vårdinnehåll verkar vara viktigt för att förbättring ska nås. En tidsmässigt längre vård gagnar personer som är i behov av vård på grund av allvarlig problemtyngd. Likartade resultat ses i de studier där jämförelser görs med *frivilligt vårdade*. I ett flertal studier påtalas vikten av längre tids övervakning/uppföljning efter vårdens avslutande och att enbart institutionsvård inte är tillräcklig för att öka överlevnad och nå minskat substansberoende. Resultaten tyder inte på att genomförandet av vården påverkas av om den sker under tvång eller inte. Vilken typ av lag som reglerar ingången i tvångsvård verkar inte heller vara avgörande för utfall av vården. Mer centralt är att de vårdade erbjuds strukturerad vård/behandling. Ingen särskild trend kan ses angående rapporteringen av utfall av lagstadgad tvångsvård över tid.

Studiens samlade resultat visar att om lagstadgad tvångsvård ska vara framgångsrik, ska den utgå från en individuell utredning av klientens problembild. Den givna vården ska även ha ett strukturerat innehåll. Vården bör ges, eller i alla fall inledas, vid institution. En viss tids institutionsvård verkar öka möjligheten för att stabilisera personer med svåra missbruks- och beroendeproblem. Finns samsjuklighet hos de vårdade, vilket ofta är fallet, bör vårdtiden vara längre. Den starka kontrollen – särskilt i institutionsvård – bidrar till vårdens fullföljande vilket därmed kan främja motivation för livsförändring. Ska ökad motivation, det vill säga fortsatt vilja till livsförändring, bibehållas är planerad och strukturerad eftervård ett viktigt inslag. De tvångsvårdades problembild kräver att samhället inte bara agerar livräddande utan också följer upp tvångsvården med eftervårdsinsatser i till exempel öppenvård när tvångsvården avslutas.

Inledning

Lagstadgad tvångsvård¹ för att hjälpa människor att överkomma substansmissbruk/-beroende har varit, och är fortfarande, omdiskuterad. Vissa menar att tvångsvård är ineffektiv och kan strida mot etiska grundvärderingar sprungna ur de mänskliga rättigheterna (Caplan, 2006; Hall m.fl., 2012; Jurgens & Csete, 2012; Lander m.fl., 2015; Rosenthal, 1988; Seddon, 2007). Andra menar att tvångsvård kan vara berättigad eftersom den ger effekt till exempel i fråga om kvarstannande i vård, minskat drogbruk, minskad kriminalitet och minskat lidande för den enskilde samt kan vara kostnadseffektiv för samhället (Anglin m.fl., 2013; Burke, 2007; Chandler m.fl., 2009; Knight m.fl., 2004; Loneck m.fl., 1996; McMurrin, 2007; Nace m.fl., 2007; Oreskovic m.fl., 2013; Sullivan m.fl., 2008; Young, 2002). Det har också framhållits att tvångsvård vars syfte är att återupprätta de vårdades självbestämmande, och därmed underlätta deras möjlighet att påbörja en livsförändring, kan vara etiskt korrekt (Fulton Hora, 2002). Oavsett dessa diskussioner så är det ett faktum att väldigt många länder världen över har någon typ av lagstiftning som gäller tvångsvård av personer som har svårt att kontrollera sitt användande av alkohol eller narkotika (Israelsson & Gerdner, 2010; Porter m.fl., 1986, 1999; Room, 2010).

När det gäller effektivitet av lagstadgad tvångsvård, det vill säga utfall av vården, är forskningen internationellt relativt begränsad. Forskningsstudier på området är också väldigt olika designade. Dessa gäller ofta små klientgrupper, har olika jämförelsegrupper, har skillnader i vilken typ av substansmissbruk/-beroende som inkluderas (alkohol och narkotika eller bara en av dessa) och vilka mått på utfall som används (Broadstock m.fl., 2008; Dore m.fl., 2016; Farabee, 1998; Klag m.fl., 2005; Pritchard m.fl., 2007; Stevens m.fl., 2005; Swan & Alberti, 2004; Wild, 2016). När det gäller att försöka mäta effektivitet av tvångsvård finns i praktiken vissa svårigheter. För att kunna mäta effekt ska en forskningsstudie egentligen vara en så kallad randomiserad kontrollstudie (RCT). RCT-studier på området är mycket ovanliga (det finns ett fåtal av äldre datum), eftersom etiska och juridiska hinder finns för att slumpvis välja ut personer till tvångsvård och andra inte. Det är alltså oetiskt och i många länder heller inte möjligt utifrån gällande lagstiftning (t.ex. svenska Lag (1988: 870) om vård av missbrukare i vissa fall [LVM]). Det är däremot mer vanligt internationellt att forskningsstudier har så kallad kvasiexperimentell design, det vill säga är studier där tvångsvårdade jämförs med personer som inte vårdats alls eller till exempel dömts till en påföljd för brott som inte innebär tvångsvård. En förutsättning för en relevant jämförelse av effektivitet av vården är dock att de som inte tvångsvårdats har samma eller liknande egenskaper (t.ex. ålder, missbruksmönster etc.) som de som tvångsvårdats. En annan studiedesign som är rela-

¹ Tvångsvård innebär här att personer med missbruks- och beroendeproblem med stöd av lag (t.ex. LVM) är tvingade att ingå i eller kvarstanna i vård en viss tid, varvid vård kan erbjudas.

tivt vanlig är att tvångsvårdade jämförs med frivilligt vårdade. Den typen av studier är bra för att kunna undersöka om tvångsförutsättningen har påverkat genomförandet av vården, det vill säga i jämförelse med om vården varit frivillig. Men att uttala sig om effektivitet av tvångsvården är svårare eftersom det oftast är stora skillnader mellan dessa grupper. Personer som döms till tvångsvård har i regel betydligt svårare missbruks- och beroendeproblem, svårare psykiatriska och sociala problem samt är i lägre grad motiverade än personer som söker vård frivilligt (Berglund, 1988; Gerdner, 1998, 2004).

En stor andel av tidigare forskning på området gäller inte uteslutande lagstadgad tvångsvård. Ofta sammanblandas studier som rör lagstadgad tvångsvård med studier som undersöker andra former av påtryckningar (*coercion*)² för att personer ska ingå vård (Miller & Flaherty, 2000). Den främsta skillnaden är att sådan påtryckning (*coercion*) inte är definitivt tvingade så som lagstadgad tvångsvård är. Problemen med jämförbarhet mellan dessa vårdformer har påtalats av flera forskare (Farabee m.fl., 1998; Gerdner, 1998, 2004; Gostin, 1993; Hall, 1997; Israelsson m.fl., 2015; Klag m.fl., 2005; Prendergast m.fl., 2002). I relation till *coercion* bör så kallade *drug courts* nämnas. Drug court-systemet kommer ursprungligen från USA, men har inte samma innehåll eller enhetlig tillämpning i de olika delstaterna (Fulkerson m.fl., 2012), ej heller i andra länder dit systemet har spridit sig (Harrison & Scarpitti, 2002). I regel gäller att drug courts först kan komma i fråga om den åtalade avgett sitt samtycke, men undantag finns (Belenko, 2004; Fulton Hora, 1999; Lindquist m.fl., 2006; Tiger, 2011). Drug court-systemet kan ibland förstås som lagstadgad tvångsvård och ibland inte. Därmed är det lämpligt att inte inkludera drug courts³ i en översikt som uteslutande rör lagstadgad tvångsvård.

När det gäller lagstadgad tvångsvård kan det också vara viktigt att beakta vilken lagtyp som styr ingången i vård. Internationellt finns dessa lagar på två rättsområden: straffrätt samt speciell förvaltningsrätt. Straffrättslig lag har sin utgångspunkt i kriminalisering vilket kan vara själva bruket av en substans eller annat brott som direkt eller indirekt är relaterat till personens bruk. Speciell förvaltningsrätt kan delas upp i två kategorier: psykiatrirätt och socialrätt. Lagstadgad tvångsvård i psykiatrirätt är relativt vanligt förekommande internationellt. Psykiatrisk lag som gäller lagstadgad tvångsvård kan ha olika syften, antingen akut livräddande med kortare vårdtid (timmar eller dagar) eller ett mer rehabiliterande med avsevärt längre vårdtider. Socialrättslig lag på området är något mindre vanlig internationellt (Israelsson m.fl., 2015; Israelsson & Gerdner, 2010). Socialrättslig lag har ofta en mer rehabiliterande inriktning och vårdtiderna är längre (flera månader). Länder kan även ha tvångsvårdslagstiftning på ett, båda eller inget av rättsområdena. Variationen kan ha historiska men även ekonomiska och politiska orsaker (Israelsson, 2010; Israelsson & Gerdner, 2011). Skillnaden kan för-

2 Coercion innebär att personen känner sig tvungen att ingå vård genom påtryckning från familj, vänner och arbetsgivare. Coercion av annan typ finns inom straffrätten, det vill säga då personer med missbruks- och beroendeproblem, som har begått brott, ges ett val (i Sverige t.ex. kontraktsvård enl. 28 kap. 6a § – 30 kap. 9 § BrB) under rättsprocessen att ingå vård för att undvika straff eller påföljd (jfr. Anglin, 1988; Dore m.fl., 2015; Farabee & Leukefeld, 2001; Hall, 1997; Klag m.fl., 2005; Weisner, 1990).

3 För mer information om drug courts, se gärna existerande översiktsstudier av Belenko, 2001; Latimer m.fl., 2006; Mendoza m.fl., 2013.

stås som olikheter i synen på hur aktiva stat och samhälle ska vara i frågor som rör medborgarnas bruk, missbruk eller beroende av alkohol och narkotika. Således kan lagtyp ge en indikation på hur enskildas problem med alkohol och narkotika ses ur en samhällelig kontext. Men minst lika viktigt är att undersöka om tvångsvården medför att någon form av strukturerad vård eller behandling erbjuds eller om det enbart är fråga om övervakad förvaring.

För att försöka svara på frågan om effektivitet av just lagstadgad tvångsvård, det vill säga om det är en effektiv vårdform eller inte, behövs ett övergripande och systematiskt angreppssätt. Genom att utesluta studier med annan typ av påtryckning (coercion, drug courts), inkludera forskningsstudier med olika studiedesign men särskilja dessa utifrån eventuella jämförelsegrupper, inkludera studier som rör både alkohol och narkotika samt kontrollera för lagtyp, kanske frågan kan besvaras.

Syfte och frågeställningar

Syftet med denna studie är att sammanställa internationell forskning om lagstadgad tvångsvård som tilldöms vuxna personer med missbruks- och beroendeproblem, och utfall samt genomförbarhet av sådan vård. Det övergripande syftet leds av följande frågeställningar:

- Leder lagstadgad tvångsvård till förbättring för individen, det vill säga minskat missbruk, minskad kriminalitet, ökad överlevnad/lägre mortalitet, förbättrad social anpassning, förbättrad fysisk/psykisk hälsa?
- Kan eventuell förbättring vara relaterad till lagtyp, tvångsvårdens utformning eller vårdens varaktighet?
- Påverkas vårdens genomförande av tvångsförutsättningen?
- Har rapporteringen av utfall av lagstadgad tvångsvård förändrats över tid?

Metod

Sökstrategin har utgått från de riktlinjer för systematiska översikter som getts av Cochrane Collaboration (2018) och Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) (Moher m.fl., 2009) samt Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) (2018). Inför och under sökprocessen rådfrågades SBU, och viktiga förslag för att stärka sökstrategin gavs.

De genomförda sökningarna har utarbetats i enlighet med PICO-strategin (eng: Population, Intervention, Comparison, Outcome). *Population*: Studierna ska gälla personer som är 18 år eller äldre, med missbruks- och beroendeproblem. Begreppet missbruks- och beroendeproblem inkluderar tvångsvård som avser missbruk, beroende, skadligt bruk eller substansbrukssyndrom. *Intervention*: Tvångsvården ska vara beslutad av domstol, eller av annan myndighet med stöd av författning, och tvingande för den enskilde att genomgå, det vill säga oavsett den enskildes samtycke. Studier som gäller institutionsvård och tvingande öppenvård inkluderas. *Kontroll-/jämförelsegrupp*: Eventuella RCT-studier inkluderas. Studier med kvasiexperimentell design, det vill säga jämförelser mellan tvångsvårdade och icke vårdade och jämförelser mellan tvångsvårdade och frivilligt vårdade, inkluderas (med eller utan kontrollgrupp). Studier där tvångsvårdade är sina egna kontroller, det vill säga där jämförelsen gäller de vårdades tillstånd före och efter tvångsvård, och studier med endast data efter avslutad tvångsvård inkluderas. *Utfall*: Ska gälla minskat missbruk, minskad kriminalitet, överlevnad/mortalitet, förbättrad social anpassning, förbättrade fysiska eller psykiska hälsoaspekter eller genomförbarhet av vården (kan relatera till ej fullföljd vård [avvikit], eller utskrivits i förtid [t.ex. oförmåga att följa regler]).

Informationskällor

Sju elektroniska forskningsdatabaser söktes: Campbell Collaboration, Cochrane Library, CORK, ProQuest Social Sciences, ProQuest PsychINFO, PubMed och Web of Science. *Peer-reviewed*⁴ litteratur valdes, men utan restriktioner för publiceringsår eller språk. Sökningarna koncentrerades till artiklarnas *titel* och *sammanfattning* men beroende på databasernas konstruktion valdes också *nyckelord* eller *ämne* när så var möjligt. Databaserna är engelskspråkiga. Sökningarnas resultat kompletterades senare via handsökning av sedan tidigare kända studier rörande lagstadgad tvångsvård som inte var indexerade i databaserna, så kallad grå litteratur. Artiklar och rapporter på svenska eller studier av äldre datum är exempel på detta. Se Figur 1 för flödesschema för sökningarna. För de sistnämnda gäller att vissa inte har genomgått peer-review-för-

4 Peer review kan på svenska ungefär översättas till kvalitetsgranskning. Det är ett förfaringsätt som används inom den akademiska världen för att kvalitetsgranska vetenskapliga artiklar innan de godkänns för publicering.

farande. Men det har visats att det inte finns besvärande systematiska skillnader mellan publicerade och icke-publicerade forskningsstudier (de Smidt & Gorey, 1997; Gardner, 2004). Detta gäller särskilt på forskningsområden som rör beteendevetenskapliga ämnen, till exempel socialt arbete och hälsovetenskap (Littell m.fl., 2008). Sökningarna startade 18 september 2015 och avslutades 13 april 2016. Sökningsförfarandet repeterades 2020.

Sökningar och selektion

Fyra block av fritexttermer, indextermer och MeSH-termer utarbetades: 1) *substance-related problems* 2) *substances* 3) *compulsory/mandatory/involuntary/coercive care or treatment* 4) *outcome/effect*. På grund av databasernas olika konstruktion varierades termerna något vilket är nödvändigt för att optimera sökningarna. Under processen konsulterades SBU, samt informationsexpert Anders Danielsson vid Mittuniversitetets bibliotek.

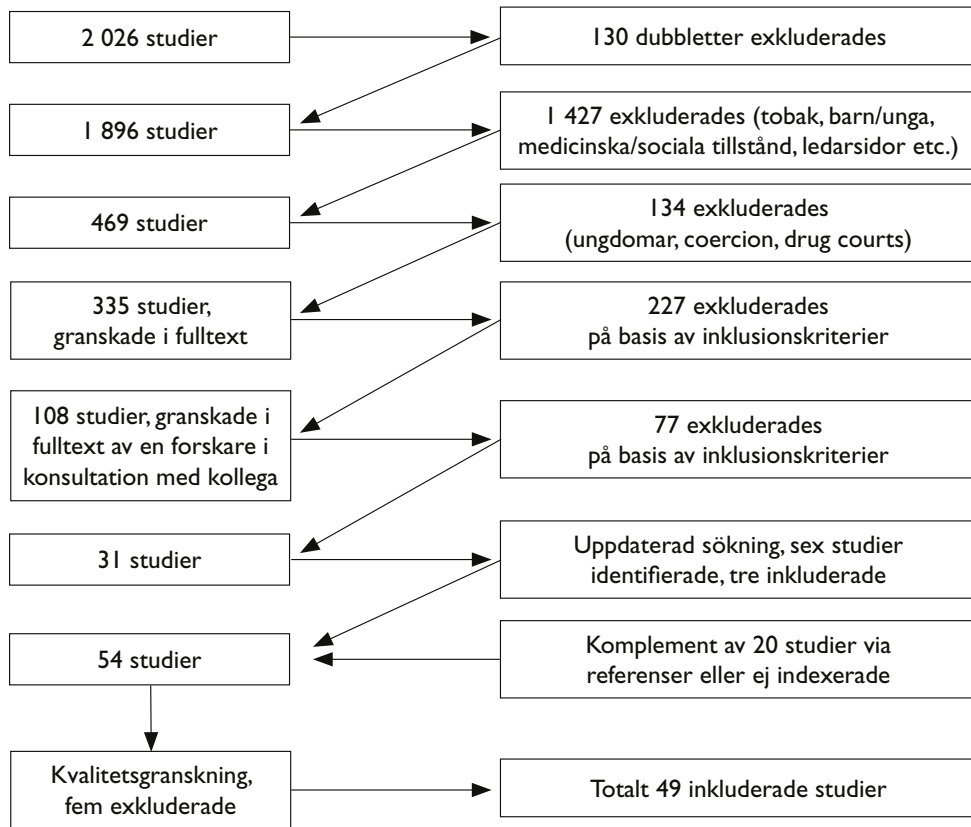
Sökningarna resulterade totalt i 2 026 publikationer (Campbell 11, Cochrane 192, CORK 41, ProQuest Social Sciences 80, ProQuest PsychINFO 580, PubMed 816 och Web of Science 306). Resultaten överfördes till Endnote och dubletter (130) exkluderades efter kontroll, automatiskt och manuellt. Via kontroll av artiklarnas titlar och sammanfattningar exkluderades 1 427 studier som tydligt gällde a) tobak/rökning/nikotin; b) barn/unga under 18 år; c) läkemedelsstudier eller behandling av andra medicinska tillstånd eller sociala interventioner som inte avsåg lagstadgad tvångsvård mot substansmissbruk, till exempel anorexia nervosa, anti-dopning, pankreatit, diskriminering av arbetssökande före detta missbrukare, preventiva samhällsinsatser etc.; samt d) redaktionella ledarsidor eller liknande teoretiskt diskuterande artiklar som inte presenterade data angående utfall av tvingande vård. Efter detta första steg återstod 469 publikationer som potentiellt intressanta. Ytterligare 134 studier exkluderades efter en andra kontroll av artiklarnas titlar och sammanfattningar. Studier som exkluderades avsåg uppenbart annan påtryckning (coercion) och drug courts eller gällde inte vuxna personer utan ungdomar eller gymnasieelever (collegestudenter under 18 år). De 335 återstående studierna granskades i fulltext. Samma inklusionskriterier som i tidigare steg tillämpades och 227 studier som inte innehöll data om utfall av lagstadgad tvångsvård av vuxna personer med substansmissbruk exkluderades. De kvarvarande 108 publikationerna granskades åter i fulltext av en forskare i konsultation med en kollega, varvid ytterligare 77 exkluderades på grundval av inklusionskriterierna. En kompletterande sökning genomfördes för att fånga upp nyligen utgivna forskningsartiklar och ytterligare sex artiklar identifierades, varav tre mötte inklusionskriterierna. Via sökningar i publikationernas referenslistor samt komplement av kända publikationer publicerade på svenska eller engelska men inte indexerade i databaserna identifierades ytterligare 20 publikationer. Samma PICO och läsprocess tillämpades som för övriga publikationer. De 54 studierna kvalitetsgranskades, varav fem exkluderades. Totalt bygger översikten på 49 tidigare publikationer.

Av de inkluderade studierna är nio tidigare översiktsstudier (Tabell 1). Av de 40 primärstudierna är sju före- och/eller efterstudier där tvångsvårdade jämförs med icke

vårdade (Tabell 2). Åtta studier är före- och/eller efterstudier där tvångsvårdade jämförs inom den egna gruppen (Tabell 3). Sju studier är efterstudier utan jämförelsegrupp (Tabell 4). Arton studier är före- och/eller efterstudier där tvångsvårdade jämförs med frivilligt vårdade (Tabell 5).

Studiekvalitet

De nio översiktsstudier som ingår har granskats med stöd av AMSTAR (SBU 2018). I Bilaga 1 redogörs för de frågor som ingick i kvalitetsbedömningen och i Tabell 1 ses bedömd kvalitetsnivå. Gällande inkluderade primärstudier finns, som nämnts, vissa problem. I studier om tvångsvård är grupperna för det första tvingande att ingå vård, för det andra är de mycket sällan randomiserade och vidare kan relevanta jämförelse- och kontrollgrupper saknas. En vanlig jämförelsegrupp är frivilligt vårdade, vilket innebär selektionsbias. Redan existerande checklistor rörande studiekvalitet, till exempel Downs and Black (1998), SBU (2018) och Cochrane Collaboration (2018), samt The Newcastle-Ottawa Scale (Wells m.fl., 2020), är därmed svåra att direkt applicera här. Frågan rörande studiekvalitet hanterades därför genom att konstruera ett något mer tillåtande kvalitetssäkringsformulär. Formuläret med nio frågor (se Bilaga 2) konstruerades på basis av ovan nämnda kvalitetsmallar. Maximalt kan nio kriterier vara uppfyllda. Studier som uppfyllde färre än fem av nio kriterier exkluderades. Antalet uppfyllda kvalitetskriterier/studie anges i Tabell 2–5. Det konstruerade formuläret ger en indikation på hur väl forskarna i de inkluderade studierna sökt att a) säkra saklig och tillräcklig information om undersökningens förutsättningar (deskriptiv validitet); b) undvika eller hantera selektionsbias (intern validitet); och c) visa om, och hur, studiens generaliserbarhet har hanterats (extern validitet). Kvalitetsgranskningen skiljer sig naturligtvis från andra studier med systematisk översikt som metod. Men på grund av heterogeniteten mellan studier på det undersökta området är detta nödvändigt. Som exempel kan nämnas att Steiro med flera (2009) tillämpade strikta kvalitetskriterier i en systematisk översikt gällande resultat efter tvångsvård av opioidberoende personer. Steiro med flera fann dock att kvalitetskriterierna hindrade forskargruppen att inkludera någon alls av de över 400 framsökta publikationerna.



Figur 1. Flödesschema: sökningsprocess.

Resultat

Tidigare översiktsstudier

Se Tabell 1 för de nio tidigare översiktsstudierna som ingår. Alla är inte regelrätt systematiska översikter där ett särskilt noggrant tillvägagångssätt använts för sökningars genomförande och kvalitetsbestämning av datainnehållet, utan är snarare att betrakta som *mapping* eller *scoping reviews*. Enligt AMSTAR når tre studier hög kvalitet, två medelkvalitet och fyra låg kvalitet. Det bör noteras att i samtliga översiktsstudier, förutom Gerdner 2004a, finns ekvivalensproblem eller metodologiska problem. Kortfattat består problemen av att de flesta av översiktsstudierna inkluderar studier som gäller annan påtryckning än lagstadgad tvångsvård eller studier där jämförelser sker mellan tvångsvårdade och frivilligt vårdade.

På grundval av de primärstudier som inkluderas i flera av de tidigare översikterna fallerar dessa att besvara den här studiens frågor, det vill säga om lagstadgad tvångsvård leder till förbättring för de vårdade, om lagtypen eller vårdens utformning och längd har betydelse för detsamma eller om tvångsförutsättningen påverkar vårdens genomförande. Vissa enskilda primärstudier i de tidigare översiktsstudierna gäller lagstadgad tvångsvård, men majoriteten gör inte det. I flera av de tidigare översikterna sker också jämförelser med frivilligt vårdade. Trots de uppenbara skillnaderna mellan grupperna, det vill säga personer som aktivt söker sig till vård och de som döms till tvångsvård, dras i vissa fall långtgående slutsatser om tvångsvårdens effektivitet eller icke-effektivitet (Ferreria m.fl., 2019; Moghanibashi-Mansourieh, 2017; Werb, 2016; Wild, 2002). Den här typen av ekvivalensproblem påtalas dock aktivt av flera författare (Broadstock m.fl., 2008; Fagan m.fl., 1982; Maddux, 1988; Ward, 1979; Wild, 2002).

Den översiktsstudie som ligger närmast forskningsfrågorna här är Gerdner (2004a). Här ingår 32 tidigare före- och efterstudier om totalt 2 085 personer som tvångsvårdats vid svenska LVM-institutioner 1982–2000, och det är utfall av vårdinsatserna som undersöks. Av de tvångsvårdade var det i snitt 30 procent som minskat sitt missbruk efter insatsen. Från inskrivning i vård till utskrivning (i snitt ett år) var det cirka 9 procent av de vårdade som klarade att helt avhålla sig från att dricka alkohol eller använda narkotika och andelen avlidna ett år efter utskrivning var cirka 7 procent/år. Studien visar en statistiskt säkerställd ökning i antalet förbättrade (minskat missbruk) över tid, från 26 till 38 procent. Andelen som klarade att helt avhålla sig från att dricka alkohol eller använda narkotika gick från 5 till 14 procent och andelen döda minskade under tidsperioden, 1982–2000, från 7 till 5 procent (ej signifikant). Gerdner anger att det var vårdens utredande verksamhet som hade betydelse för utfallen i fråga om minskat missbruk och substansfrihet, medan strukturerad behandling var relaterad till högre överlevnad, ett

år efter utskrivning. Andelen förbättrade över tid tyder också på möjligheten att personer som döms till tvångsvård tar del av den vård som erbjuds. Därmed kan konstateras att resultaten tyder på att tvångsförutsättningen inte heller påverkat vårdens genomförande. Gerdners studie visar att tvångsvård, där utredning av klientens problembild och behov samt strukturerad behandling ingår som aktiva inslag, ger effekt i fråga om minskning av de vårdades missbruk och förbättrar deras överlevnad.

Några resultat från de övriga översiktsstudierna bör nämnas. Broadstock med flera (2008) menar att det inte kan fastställas om tvångsvård ger bättre utfall än frivillig vård, men inte heller att tvångsvård är skadligt. Ett sämre utfall efter tvångsvård kan lika gärna härröra från de allvarligare problem klienter har i jämförelse med de personer som frivilligt söker vård. Resultaten visar dock att tvångsvård under kort tid verkar fungera skademinimerande. Av Fagan med flera (1982) framgår att det saknas stark empirisk evidens för att tvångsvård av personer med alkoholberoende ger bättre utfall än frivillig vård. Totalt sett är det små skillnader eller ingen skillnad mellan undersökningsgrupperna i de studier som ingår i Fagans översikt. Fagan med flera rekommenderar därmed att vård bör vara frivillig. Pacecho-Ferreira med flera (2019) konkluderar att tvångsvård är en socialhygienisk praktik som bryter mot de mänskliga rättigheterna. Det ska dock noteras att endast fyra av de 12 studier Pacecho-Ferreira med flera inkluderar gäller lagstadgad tvångsvård. Kort sagt bör Pacecho-Ferreira med fleras studie i det här sammanhanget inte förstås som en forskningsartikel med stark empiri. Maddux (1988) konstaterar att tvångsvård ger något bättre utfall än frivillig vård, framför allt om vården ges med stöd av straffrättslig lag. Hotet om straffskärpning gör att fler deltar och stannar kvar i vård. Liknande resonemang finns hos Ward (1979). Ward kritiserar dock alla inkluderade studier för olika typer av metodproblem som gör att resultaten inte är tillförlitliga. Han anger trots allt att resultaten tyder på att tvångsvård som inte inleds på institution inte har någon effekt för klienter som ofta återfaller i missbruk. Ward menar att tvångsvård, teoretiskt sett, bör vara mer effektiv för personer som har en mer stabil social situation i samhället, det vill säga dessa personer har mer att förlora än redan socialt utslagna. Hos Moghanibashi-Mansourieh (2017) inkluderas endast två studier, av elva, som gäller lagstadgad tvångsvård. Slutsatsen är trots det att frivillig vård generellt sett har bättre utfall än tvångsvård. Men i det här sammanhanget bör inte studien förstås som en forskningsartikel med stark empiri rörande lagstadgad tvångsvård. Werb med flera (2016) anger att det är mycket stora variationer mellan de studier som inkluderas i fråga om given vård eller behandling. Författarna konstaterar att det finns begränsad evidens för att tvångsvård minskar drogbruk eller kriminalitet. Werb med flera rekommenderar att tvångsvård undviks, detta för att inte riskera att de vårdades mänskliga rättigheter inte respekteras. Wild med flera (2002) anger att åtta studier mäter resultat efter lagstadgad tvångsvård, men det är tyvärr inte korrekt. Ingen av de åtta studierna gäller uteslutande utfall efter lagstadgad tvångsvård. Wild konstaterar trots det att utfallet är bättre i fråga om vägen in i vård och kvarstannande i vård för tvångsvårdade än för frivilliga. Ingen skillnad konstateras mellan tvångsvårdade och frivilligt vårdade gällande minskat kriminellt beteende eller substansmissbruk. Wilds översiktsstudie bör inte ses som en forskningsartikel med stark empiri rörande lagstadgad tvångsvård.

Sammanfattningsvis: Lagstadgad tvångsvård där utredning av klientens problem-bild och behov samt där strukturerad vård/behandling ingår som aktiva inslag, ger effekt i fråga om minskning av de vårdades missbruk och förbättrar de vårdades överlevnad (Gerdner, 2004a). Genomförande av vården påverkas sannolikt inte av tvångssituationen (Fagan m.fl., 1982; Gerdner, 2004a). Påtryckning via lag, det vill säga att bli dömd till tvångsvård vid institution, gör att klienter i högre utsträckning kommer in i vård, det vill säga personer som är i behov av, men inte frivilligt skulle söka, vård nås (Gerdner, 2004a; Maddux, 1988; Ward, 1979). I en tvångsvårdssituation kan inte klienten förmås att delta i vården om hen inte vill (Maddux, 1988). Men Gerdners (2004a) resultat angående en ökad andel förbättrade över tid tyder på att det faktiskt är möjligt att stimulera deltagande även under tvång. Det kan också konstateras att systematiska översiktsstudier där annan typ av påtryckning (coercion) utesluts och helt koncentreras till lagstadgad tvångsvård är ovanliga. Jämförelser mellan tvångsvårdade och personer som söker vård frivilligt ingår i en majoritet av de tidigare översiktsstudierna. I flera av dessa har heller inte hänsyn tagits till att vårdinnehållet inte alls är jämförbart mellan de studier som inkluderas. Dessa omständigheter till trots gör flera av författarna starka uttalanden om att lagstadgad tvångsvård är ineffektiv och därmed oetisk. På grundval av det empiriska materialet som ingår i flera av de tidigare översiktsstudierna kan sägas att sådana slutsatser inte är möjliga att göra. Snarare är det så att området, med systematisk forskningsöversikt som metod, i det närmaste är utforskat.

Primärstudier

I sju studier undersöks utfall efter vård genom jämförelser mellan tvångsvårdade och icke vårdade (Tabell 2). För att på bästa sätt svara på frågan om tvångsvårdens effektivitet är den studiedesignen att föredra. I åtta studier görs olika typer av jämförelser inom gruppen tvångsvårdade (Tabell 3). I ytterligare sju används inte jämförelsegrupper (Tabell 4) och i 18 studier gäller resultat från jämförelser mellan tvångsvårdade och frivilligt vårdade (Tabell 5).

Tvångsvårdade i jämförelse med icke vårdade

Anglin (1988), Bjerver (1972), Bourquin-Tieche med flera (2001), samt Hiller och Simpson (2006) visar resultat som tyder på att förbättring skett i förhållande till icke tvångsvårdade. Anglins resultat visar minskat dagligt bruk av heroin och kriminalitet samt att de tvångsvårdades möjligheter till anställning ökade i förhållande till personer som inte vårdats. Bjervers resultat visar att de tvångsvårdades antal sjukskrivningsdagar per år sjönk nästan till normalbefolkningens efter tvångsvård. Bourquin-Tieche med flera anger att en majoritet av de vårdade i högre grad än icke vårdade minskade sitt drickande och förbättrade sin livskvalitet. Hiller och Simpson (2006) visar att de som fullföljde vården i lägre grad än icke vårdade arresterats för nya brott. Ditman (1967), Poikolainen med flera (1986) och Vaughn med flera (2003) visar ingen skillnad eller motsatsen. Ditman (1967) tyder på att tvångsvård som gavs via öppenvård inte hade någon effekt. Poikolainen med fleras (1986) studie som gäller en mycket kort vårdinsats, an-

tingen några få timmars tillnyktring eller viss tvångsvård under 24 timmar, visar ingen effekt. Studien av Vaughn med flera (2003) gäller ett då nyligen infört tvångsvårdprogram (arbete och fysisk aktivitet samt utbildning i etik/moral) i Taiwan. Resultaten visar att det införda programmet inte bidrog till förbättring för de tvångsvårdade, snarare motsatsen. Resultaten från de tre sistnämnda studierna illustrerar väl att vårdinnehållet varit otillräckligt och inte medverkat till beteendeförändring eller att eftervårdsinsatser inte funnits tillgängliga.

Resultaten visar även att tvångsvårdens utformning och dess varaktighet kan vara viktig. Det vill säga, en tidsmässigt längre tvångsvård samt efterföljande övervakning då fortsatta eftervårdsinsatser erbjuds verkar vara avgörande faktorer för de vårdades förbättring samt ökar förutsättningarna för mer bestående förbättring över tid. Bjerver (1972) menar att de vårdades förbättring ska tillskrivas tvångsförutsättningen. Anglin (1988) visar att tvångsvård, som inledande fas, är avgörande för att vård ska kunna ges alls till svårt beroende personer. Bourquin-Tieche med flera (2001) menar att tvångsvården var nödvändig för att rädda personernas liv. Liknande resonemang ses hos Anglin (1988), det vill säga även om tvångsvård kan vara etiskt kontroversiell bör denna tillämpas för svårt alkoholberoende personer som är i behov av vård men som annars inte söker vård. Den tvångsvård som Hiller och Simpson undersöker har inslag av övervakning och insatserna sker i öppenvård. Resultaten tyder på att tvångsförutsättningen, via övervakning, var avgörande för förbättring över tid. Ditmans (1967) studie gäller också tvångsvård i öppna former och övervakning. Ditman finner dock inga skillnader, i fråga om nya omhändertaganden för fylleri på offentlig plats, mellan grupperna. Poikolainen med flera (1986) visar att det rudimentära vårdinnehållet inte bidrog till förbättring, mer än att det fungerade livräddande. Poikolainen med flera påtalar att av humanitära skäl måste nödvändiga omhändertaganden kunna göras av (för) personer med svåra alkoholproblem. Vaughn med flera (2003) fann, trots den starkt kontrollerade miljön, att de tvångsvårdade oftare återföll i narkotikabruk och kriminalitet än icke vårdade. Av resultaten att döma, för de tre sistnämnda studierna, kan inte sägas att tvångsförutsättningen var orsaken, snarare var det fråga om att vårdinnehållet inte skapade förutsättningar för förbättring hos de vårdade.

Jämförelser inom grupper av tvångsvårdade

I den här typen av studier är de vårdade sina egna kontroller, det vill säga att uttala sig om effektivitet av tvångsvård är egentligen vanskligt. Men vissa intressanta resultat kan ändå ses. Bergmark (2004) och Gerdner (2004) jämför mellan en kort tids omhändertagande och längre tids vård. Bergmark (2004) visar att utfallet efter kortare tids omhändertagande och längre tids vård är liknande. Det ska noteras att den längre tidens vård gäller för klienter med allvarigare missbruksproblem och sociala problem. Resultatet innebär att tvångsvården varit till gagn för personer i stort behov av vård. Gerdner (2004) gör också en liknande jämförelse i fråga om vårdtid. Resultaten visar inga skillnader mellan grupperna. Av studien framgår även att det är allvarlighetsgraden av missbruk som är relaterad till utfallet efter vård. Reitan (2019) jämför mellan två grupper av gravida kvinnor med alkohol eller narkotika som primär drog. Här ses också att problemtyngden, oavsett drogtyp, bidrar till fortsatta problem även efter tvångsvård.

Walker med flera (2008) jämför mellan tre grupper av personer dömda för brott och till tvångsvård. Resultaten tyder på detsamma, det vill säga att de vårdades allvarlighetsgrad av problem medför lägre sannolikhet för drogfrihet en tid efter tvångsvården. För de som deltog i självhjälsgrupper efter tvångsvård var risken lägre för fortsatt bruk av alkohol. Dekker med flera (2010) jämför mellan vårdade som genomfört olika många steg i den vård som ges. Resultaten visar att vårdtidslängden har viss betydelse men framför allt verkar vårdens utformning i fråga om organiserad efterföljande öppenvård viktig för att nå förbättring för de vårdade. Intressant är att andelen vårdade som inte upplevde vården tvingande ökade under vårdtiden. Gerdner (1997b) jämför vårdade från olika tidsperioder. Resultaten visar att införandet av ett nytt strukturerat vårdprogram inte påverkade antalet rymningar och att andelen dagar på låst avdelning minskade. Utfallet kan därmed sägas vara relaterat till tvångsvårdens utformning. Strauss med flera (2001) jämför mellan vårdprogram i institutionsvård eller öppenvård och undersöker bruk av drog första veckan efter tvångsvård (ca 70 % brukade inte). Strauss framhåller att tvångsförutsättningen, genom inledande institutionsvård under en period, kan vara avgörande för stabilisering och ökad motivation till förändring för personer som har allvarliga problem. Fridell med flera (2009) jämför mellan psykiatriskt/psykologiskt utredda och icke utredda tvångsvårdade kvinnor. I studien visas att 19 av 80 tvångsvårdade kvinnor uppnådde stabil drogfrihet under de två åren efter LVM-vård. Forskarna gör en viktig konklusion i undersökningen: Klienter som kan hjälpas till drogfrihet och ett meningsfullt liv är en besparing såväl ur ett livsperspektiv som ur ett kostnadsperspektiv.

Tvångsvårdade utan jämförelsegrupp

Studierna av Bergmark (1994) och Dahlgren (1951) gäller dödlighet hos de tvångsvårdade. Dahlgren fann små skillnader i dödlighet jämfört med normalbefolkningen, vilket kan tyda på att tvångsvården medförde förbättring för de som var i stort behov av vård. Bergmark visar motsatsen, det vill säga högre dödlighet för de tvångsvårdade. Detta tyder på att risken för substansrelaterad död, eller fler domar om tvångsvård, ökar i relation till missbrukets allvarlighetsgrad. Dore med flera (2016) och Duong med flera (2012) mäter behovet av hälso- och sjukvård efter vård. Dore med flera visar att tvångsvården har medfört nykterhet eller minskat drickande för cirka hälften av de vårdade. Av dessa vårdade har flertalet öppenvårdsinsatser och har minskat sitt bruk av hälsovård. Dore med flera konstaterar också att en tids tvångsvård, med det uttalande syftet att återupprätta beslutsförmågan, förbättrar de vårdades möjligheter att vilja förändras, över huvud taget. Duong med flera visar att under den första månaden efter tvångsvård minskar behovet av hälso- och sjukvård, men därefter märks ingen effekt. Ska förbättringen bibehållas måste eftervårdsinsatser vara tillgängliga, menar Duong. Studierna av Kopak med flera (2015, 2016) gäller riskfaktorer för återfall i missbruk och kriminalitet. Kopak med flera konstaterar att närmare hälften av de vårdade inom ett år återföll i missbruk. Av de som återföll var fler beroende av narkotika än alkohol. Allvarlighetsgraden i beroende är relaterad till risk för återfall vilket också ökar risken för nya brott. För att maximera tvångsvårdens effektivitet menar Kopak med flera att det måste genomföras en initial utredning för att kunna möta de vårdades individuella behov.

Liknande resultat ses också av Roubini med flera (2003) som undersöker alkoholbruk och nykterhet efter vård. Här gäller det en kort tids tvångsvård (ca 21 dagar). Resultaten tyder på att vårdtiden är för kort för att uppnå förbättring för klienter med samsjuklighetsproblem. En längre tids vård ger bättre möjlighet att återupprätta självbestämmandet vilket främjar motivationen till förändring.

Tvångsvårdade i jämförelse med frivilligt vårdade

I 18 studier redogörs för resultat av vård där tvångsvårdade jämförs med frivilligt vårdade. Med den typen av studiedesign är det svårt att uttala sig om effektivitet av tvångsvård eftersom grupperna egentligen inte är jämförbara. Tidigare studier har visat att tvångsvårdade till exempel har svårare missbruks- och beroendeproblem och i lägre grad är motiverade till vård än de som söker vård frivilligt (Berglund, 1988; Gerdner, 1998, 2004). För att försöka minska skillnaderna kan man kontrollera för bakgrundsfaktorer, det vill säga jämföra med frivilligt vårdade som så mycket som möjligt har samma egenskaper som de personer som tvångsvårdas. I fem av de 18 studierna ses att det finns klara skillnader i bakgrundsfaktorer för tvångsvårdade och frivilligt vårdade. Endast i två studier, Balthazard-Olette med flera (2014) och Clark med flera (2009), framgår att det är små skillnader mellan de undersökta grupperna. I övriga studier saknas sådana bakgrundsdata eller är angivna i totalsiffror för alla vårdade. Men med studier där jämförelser sker mellan tvångsvårdade och frivilligt vårdade kan det dock vara möjligt att se om genomförandet av vården påverkades på något sätt av om den skedde under tvång eller inte.

Åtta av de 18 studierna visar inga större skillnader i utfall mellan de båda grupperna av vårdade. Balthazard-Olette med flera (2014) visar att tvångsvårdade och frivilligt vårdade återföll i missbruk i lika hög grad efter vård men att något fler av de frivilligt vårdade hade sökt ny vård. Av Brecht med flera (1993) framgår att både frivilligt vårdade och tvångsvårdade visade samma förbättring, det vill säga minskad kriminalitet, minskat bruk och förbättrad social funktion samt kvarstannande i vård. Resultaten från Larsson med flera (2012) visar att en hög andel, i båda grupperna, har fortsatt allvarligt missbruk en tid efter vård. Ny vård var något vanligare för frivilligt vårdade. Pasareanu med flera (2015) undersöker upplevelsen av livskvalitet (QoL) efter vård men finner ingen skillnad mellan grupperna, upplevelsen av livskvalitet ökade för båda. Pasareanu med flera (2016) visar att injektionsbruk minskade efter vård för båda grupperna (något mer för frivilligt vårdade). Sannolikheten var dock större för att tvångsvårdade injicerade vid tiden för uppföljning än frivilligt vårdade. Risken för överdos var också högre för tidigare tvångsvårdade. Prendergast med flera (2002) visar att båda grupperna upplevde lika stora positiva förändringar i social och psykologisk funktion. Prendergast med flera framhåller att tvångsvård erbjuder en möjlighet att få personer som är i stort behov av vård, in i vård. Tvångsomständigheten innebär att de stannar tillräckligt länge för att de ska bli engagerade i sin egen förändringsprocess. Av Sallméns (1996) studie framgår att totalt, i båda grupperna, hade 17 procent minskat sitt alkoholbruk efter vård men även att dödligheten var relativt hög. Sallmén visar även att vårdformen som sådan, det vill säga tvångsvård eller frivillig vård, inte var relaterad till ökad dödlighet eller alkoholbruk efter vård.

I sju av de 18 studierna ses resultat där de tvångsvårdade visar bättre utfall än de frivilligt vårdade. Clark med flera (2009) anger att de tvångsvårdade i högre utsträckning minskat sitt missbruk och förbättrat sin psykiska hälsa efter vård än de frivilligt vårdade. Vidare anger Clark med flera att tvångsomständigheten sannolikt bidrog till förbättringarna, inklusive ökad motivation.

Copeland med fleras (2007) studie gäller vård för cannabissmissbruk där det vid uppföljning ses att tvångsvårdade hade lägre grad av bruk av drogen en tid efter vård än frivilligt vårdade. Sannolikheten för fullföljande av vården är också högre för de tvångsvårdade, men även för att dessa döms till ny vård på grund av kriminell aktivitet. Gallants studie (1968b) omfattar endast 19 personer i två grupper. Resultaten visar att de tvångsvårdade i högre utsträckning än de frivilligt vårdade fullföljde vården och att fler av dessa var nyktra efter vården. Av Hunt och Odoroffs studie (1962) framgår att tvångsvårdade i något högre grad (11 %) än frivilliga (6 %) var drogfria ett till fyra och ett halvt år efter vårdens avslutande. Liknande resultat visar en studie av Kelly med flera (2005) där tre grupper av klienter ingår: dömda för brott och till tvångsvård, de som fått erbjudande om vård samt icke vårdade. Sannolikheten var högre för att den första gruppen var nyktra eller hade oproblemiskt bruk samt var i arbete cirka ett år efter vård än de övriga två grupperna. I en studie av Möller med flera (1998) undersöks dödlighet och fullföljande av vård. Fem till sex år efter vårdens avslutande var dödligheten högre hos frivilligt vårdade än tvångsvårdade. Vårdformen som sådan (tvångsvård) var inte relaterad till ökad dödlighet. Däremot ökade tvångsomständigheten sannolikheten för fullföljande av vården cirka fem gånger. Resultaten från Vaillant (1966a, b) visar att andelen återfall i bruk för tvångsvårdade (med längre tids övervakning efter vård) var klart lägre än för frivilligt vårdade. Vaillant menar att längre tids övervakning efter tvångsvård ökar chanserna för att etablera längre tids drogfrihet.

I fyra av de 18 studierna ses resultat där i stället de frivilligt vårdade visar bättre utfall än tvångsvårdade. Anderson (1978) redovisar inte separata data för tvångsvårdade och frivilligt vårdade. Det slås dock fast att en låg andel av de tvångsvårdade har uppnått nykterhet eller minskat bruk. Resultaten visar dock att vårdformen (tvångsvård) som sådan inte är relaterad till något utfall. Duvall med flera (1963) visar att andelen som uppnått drogfrihet var högre för frivilligt vårdade än för tvångsvårdade samt att andelen vårdade som åter kunde anses beroende vid uppföljning (sex månader – fem år efter vård) var högre för tvångsvårdade. Larsson med flera (2008) visar att frivilligt vårdade i högre utsträckning än tvångsvårdade var nyktra/återhållsamma. Av de frivilligt vårdade fanns också lägst andel klienter med tungt missbruk en tid efter vård. Resultaten tyder på att missbruksproblemen var klart allvarigare hos de som tvångsvårdades än de som vårdades frivilligt. O'Loughlin med flera (1996) undersökte bland annat, ovanligt nog, de vårdades upplevelse av hjälpsamhet av inskrivningen i vård. De tvångsvårdade visade generellt sett sämre utfall än frivilligt vårdade, förutsatt att de frivilligt vårdade inte vårdats tidigare – i så fall var det ingen skillnad. Vid längre vårdtid ökade också sannolikheten för bedömningen att vården varit verksam. Förhållandet att fler frivilligt vårdade än tvångsvårdade upplevde hjälpsamhet av inskrivning kan sannolikt vara relaterat till lägre problemtynghet och att större motivation till förändring fanns i den förstnämnda gruppen.

När det gäller frågan om genomförandet av vården påverkades av om den skedde under tvång eller inte, pekar flera resultat i den gruppen av studier på att så inte är fallet. I flera studier skiljer sig inte tvångsvårdade och frivilligt vårdade åt i någon större utsträckning. De vårdade har klarat sig ungefär lika bra eller dåligt oavsett vårdform. Det vill säga, vårdformen verkar inte ha varit avgörande för utfallet efter vård. I några studier redovisas också tydligt att vårdformen inte är relaterad till utfallet (Anderson, 1978; Möller m.fl., 1998; Sallmén, 1996). Uppgifter om avvikningar eller att klienter lämnat vården i förtid anges endast i ett fåtal studier. Det är därför svårt att dra någon säker slutsats från den här gruppen av studier om det skiljer sig mellan tvångsvårdade och frivilligt vårdade. Men, i flera av dessa 18 studier framgår att tvångsförutsättningen sannolikt bidragit till ett förbättrat utfall för de tvångsvårdade. Flera av forskarna resonerar att tvångsvård ger personer som har allvarliga missbruksproblem, och är i stort behov av vård men inte själva skulle söka vård frivilligt, en möjlighet att inleda en livsförändring.

Diskussion

Syftet med studien var att sammanställa internationell forskning om lagstadgad tvångsvård som tilldöms vuxna personer med missbruks- och beroendeproblem och utfall samt genomförbarhet av sådan vård. Fyra frågor har guidat översikten: 1) Leder tvångsvård till förbättring för de vårdade? 2) Kan eventuell förbättring vara relaterad till lagtyp, tvångsvårdens utformning eller vårdens varaktighet? 3) Påverkas genomförandet av vården av tvångsförutsättningen? och 4) Har rapporteringen av utfall av lagstadgad tvångsvård förändrats över tid?

Leder tvångsvård till förbättring för de vårdade och vad medverkar i så fall till det?

De flesta av de nio *tidigare översiktsstudierna* fallerar i att kunna besvara dessa frågor på grund av selektionsproblem. Det vill säga, i de allra flesta av de tidigare översiktsstudierna inkluderas studier som gäller annan påtryckning (coercion) och där jämförelser görs med frivilligt vårdade. I flera av de tidigare översiktsstudierna har inte heller hänsyn tagits till vårdinnehållet i inkluderade studier. Det är stor skillnad på hur länder valt att organisera tvångsvården. Förhållandet ger således uppenbara ekvivalensproblem. Denna omständighet till trots gör flera av forskarna starka uttalanden om att lagstadgad tvångsvård är ineffektiv och därmed oetisk. På grundval av det empiriska materialet som ingår i flera av de tidigare översiktsstudierna kan sägas att sådana slutsatser inte är möjliga att göra. Sammantaget visar resultaten från de nio studierna att lagstadgad tvångsvård, som innehåller utredning av klientens problembild och behov samt innehåller strukturerad vård eller behandling, leder till minskat missbruk och förbättrade överlevnadschanser. Resultaten tyder på att påtryckning via lag, det vill säga att bli dömd till tvångsvård, gör att klienter i högre utsträckning kommer in i vård, det vill säga personer som är i behov av, men inte frivilligt söker, vård. Tvångssituationen som sådan kan inte tvinga klienten att delta i vården, men den skapar större möjlighet för att motivera till deltagande.

När det gäller de sju studier där *tvångsvårdade jämförs med icke vårdade* är det möjligt att få en viss uppfattning om tvångsvårdens effektivitet. I korthet visar den här gruppen av studier i flera fall att klara förbättringar skett för de tvångsvårdade, till exempel minskat missbruk och minskad kriminalitet, i jämförelse med icke vårdade. Tvångsvårdens utformning och dess varaktighet verkar vara centralt för vårdens effektivitet. Inledande vård vid institution samt ett strukturerat vårdinnehåll med fokus mot den individuella personens beroendeproblem verkar vara viktigt för att förbättring ska nås. En totalt längre tid i tvångsvård och efterföljande övervakning då fortsatta eftervårdsinsatser erbjuds i öppenvård verkar likaså vara avgörande faktorer för bibehållen förbättring. Det verkar som om den starka kontroll de vårdade befunnit sig under vid inledande institutionsvård, men också i relation till övervakning och deltagande i öppenvård över längre tid efter avslutad vård, har haft positiv påverkan, det vill säga bidragit till mer stabil förbättring över tid för de vårdade.

Av *övriga primärstudier* kan endast begränsade resonemang göras i relation till effektivitet av tvångsvård. Men liknande resultat ses även i dessa grupper av studier. En tidsmässigt längre vård är till gagn för personer som är i stort behov av vård på grund av allvarlig problemtynghet. De vårdades allvarlighetsgrad av missbruks- och beroendeproblem är relaterad till utfall. Det vill säga, sannolikheten är lägre för till exempel drogfrihet en tid efter tvångsvård men då inte på grund av vårdformen (tvångsvård), utan i kraft av personernas allvarliga problem. Det framgår även att inledande institutionsvård under en period kan vara avgörande för stabilisering och ökad motivation till förändring för personer som har allvarliga beroende- eller missbruksproblem. Resultaten tyder även på att det är mycket viktigt att innehållet i tvångsvården anpassas efter personernas individuella problembild. Vårdens tidslängd verkar också vara av betydelse. Finns någon typ av samsjuklighet hos de vårdade, och om tvångsvården ska leda till förbättring, bör vårdtiden vara längre. En längre tids tvångsvård möjliggör återupprättande av personernas självbestämmande, vilket därmed kan främja deras motivation till förändring. Vid sidan av tidslängden visar sig framför allt deltagande i efterföljande öppenvård viktig för att bibehålla eller nå fortsatt förbättring för de vårdade. Till exempel påverkas överlevnadsgraden positivt av om övervakning eller eftervårdsinsatser finns tillgängligt efter avslutad tvångsvård.

Liknande resultat ses i de studier där jämförelser görs med *frivilligt vårdade*. I ett flertal påtalas vikten av en längre tids övervakning/uppföljning efter vårdens avslutande. Enbart institutionsvård är inte tillräckligt för att öka överlevnad och få minskat substansberoende. Det är ett välkänt faktum att strukturerad och planerad eftervård, efter en tids tvångsvård, är en viktig faktor för att personer med svåra alkohol- och narkotikaproblem bättre ska klara av att bibehålla sin nykterhet och uppnå en stabil livsförbättring. Vidare framgår i flera av studierna där jämförelser sker med frivilligt vårdade att det finns avgörande skillnader mellan de personer som vårdas. Generellt sett har tvångsvårdade en svårare social situation, allvarligare hälsoproblem och allvarligare missbruks- och beroendeproblem. När det gäller frågan om genomförande av vården påverkades av om den sker under tvång eller inte, pekar resultaten på att så inte var fallet. I flera studier skiljer sig inte utfallet mellan frivilligt vårdade och tvångsvårdade i någon större utsträckning. De vårdade har klarat sig ungefär lika bra eller dåligt oav-

sett vårdform. I några studier visas även att vårdformen inte alls är relaterad till utfallet. Men det är svårt att dra någon riktigt säker slutsats i frågan med ledning av dessa 18 studier. Samtidigt resoneras i flera av studierna att tvångsförutsättningen sannolikt har bidragit till förbättring för de vårdade. Det vill säga att tvångsvård ger personer som är i stort behov av vård, men inte själva skulle söka vård, en möjlighet att inleda en livsförändring.

Är lagtyp relaterad till utfall av tvångsvård?

Som tidigare nämnts kan lagtyp ge viss ledning till hur samhället ser på missbruks- och beroendeproblem och hur personer som har mer eller mindre allvarliga problem av detta hanteras nationellt. I majoriteten av de nio *tidigare översiktsstudierna* inkluderas andra typer av tvångsvård (t.ex. coercion) och det är i de flesta heller inte tydligt vilken lagtyp som inkluderas. Av de 40 primärstudierna gäller 20 socialrättslig lag, 18 straffrättslig lag och två psykiatrisk lagstiftning. Resultaten tyder på att vilken typ av lag som reglerar ingången i tvångsvård inte är det mest centrala för utfall av tvångsvård. En generell skillnad finns, och den gäller hur och när en person kommer in i vård. Om det är straffrättslig lag som styr ingången i vård så krävs först att personen har begått någon typ av brott. Det vill säga att personen som är i behov av vård för sina problem kommer i vård senare i sin missbrukskarriär, alltså först när samhället reagerar på personens brottslighet. Den typen av lagstiftning tar helt enkelt inte primärt hänsyn till personens behov av vård, så som socialrättslig och psykiatrisk lag oftast gör. Men som sagt, vilken typ av lag som reglerar ingången i tvångsvård verkar inte vara det mest centrala i fråga om utfall av vården. Mer avgörande för förbättring av de vårdades livssituation är snarare att de erbjuds strukturerad vård/behandling i relation till sina individuella problem.

Har rapporteringen av utfall av lagstadgad tvångsvård förändrats över tid?

De studier som är inkluderade i den här översikten sträcker sig från 1951 till 2019. När det gäller de *tidigare översiktsstudierna* är någon särskild typ av förändring svår att se. En likhet är dock att de flesta, oavsett publiceringsår, har liknande problem genom att selektionen av studier egentligen omöjliggör jämförelser mot studier som gäller lagstadgad tvångsvård. Av *primärstudierna* går det heller inte att se någon särskild trend för om rapporteringen av utfall av lagstadgad tvångsvård förändrats. Det vill säga att ingen särskild typ av studiedesign verkar ha blivit mer eller mindre vanligt förekommande, inte heller att någon särskild substans dominerar i rapporteringen. Möjligen kan man säga att båda typerna, det vill säga alkohol och narkotika, inte särhålls lika ofta som i något äldre studier på området.

Vilken betydelse har resultaten, och hur kan vi dra nytta av dem i svensk kontext?

I översikten har vårdformen, det vill säga lagstadgad tvångsvård av olika typer, stått i fokus. Det breda angreppssättet för översikten innebär att de tidigare studier som ingår i flera avseenden är mycket olika varandra. Det gäller till exempel omfattningen av de grupper av tvångsvårdade som ingår, det vill säga från ett tiotal till tusentals personer. Det är också stor skillnad mellan hur studierna är designade, alltså om jämförel-

segrupper används – och i så fall vilka – eller om kontrollgrupper finns. I resultatavsnittet har därför studierna redovisats i olika grupper där jämförbarheten dem emellan är något större. Resultaten pekar mot att tvångsvård för personer med allvarliga missbruks- och beroendeproblem kan fungera och bidra till förbättring av personernas livssituation. Men för att ännu tydligare kunna besvara frågan om utfall, eller rättare sagt effektivitet av lagstadgad tvångsvård, behövs helt klart fler studier som gäller just lagstadgad tvångsvård. Företrädesvis ska sådana studier vara före- och efterstudier. Designen bör bygga på att tvångsvårdade ska jämföras med icke vårdade personer samt att matchning av personernas bakgrundsvariabler sker. På det här området saknas nämligen andra möjligheter att mäta effektivitet av en given vårdinsats eftersom RCT-studier i princip inte är möjliga att genomföra. Att i forskningssyfte slumpa några personer till lagstadgad tvångsvård och andra inte, är oetiskt och i många länder heller inte möjligt utifrån gällande lagstiftning (t.ex. svenska LVM).

Men vilka är de mest centrala resultaten och vilken betydelse har de för vårdgivare som arbetar med klientgrupper som tvångsvårdas för missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika? Det första vi kan se av de sammanlagda resultaten är att lagstadgad tvångsvård ska utgå från en individuell utredning av klientens problem och hans särskilda behov av vård. Den givna vården ska ha ett strukturerat innehåll och anpassas efter de individuella personernas problembild. Vad ett sådant vårdinnehåll mer exakt ska bestå av kan inte tydliggöras genom översiktens resultat.

Det andra gäller var vården ges och vårdtidens längd. Lagstadgad tvångsvård bör ges, eller i alla fall inledas, vid institution. Det verkar vara avgörande med en viss tids institutionsvård för möjligheten att stabilisera personer med svåra missbruks- och beroendeproblem. Finns samsjuklighet hos de vårdade, vilket mycket ofta är fallet, och tvångsvården ska vara framgångsrik, bör vårdtiden vara längre. En något längre vårdtid möjliggör också återupprättande av de vårdades självbestämmande vilket därmed kan främja deras motivation till förändring. En något längre vårdtid innebär i sammanhanget i alla fall några månader.

Det tredje gäller om tvångssituationen påverkar genomförandet av vården. De sammanlagda resultaten, bland annat i förhållande till personer som vårdats frivilligt, indikerar att så inte är fallet. Snarare är det fråga om att de personer som tvångsvårdas har mycket allvarliga problem och det är i sig utslagsgivande för vårdens utfall, inte vårdformen som sådan. Resultaten visar också att tvångsförutsättningen snarare är till fördel för personer med allvarliga missbruks- och beroendeproblem. Det vill säga, den starka kontrollen – särskilt i institutionsvård – bidrar till vårdens fullföljande vilket därmed kan främja motivation för livsförändring.

Det fjärde gäller vikten av eftervårdsinsatser och/eller övervakning en tid efter vården. Den föreliggande översikten visar att planerad och strukturerad eftervård är ett mycket viktigt inslag för bibehållen förbättring för de som tvångsvårdas. De tvångsvårdades problembild kräver att samhället inte bara agerar livräddande utan också följer upp tvångsvården med eftervårdsinsatser i till exempel öppenvård. Någon typ av efterföljande övervakning där syftet ska vara att hjälpa personen att ta del av erbjudna eftervårdsinsatser verkar också vara en avgörande faktor för en stabil förbättring över tid för de vårdade. Ett annat inslag för en fortsatt livsförändring efter tvångsvård, som

nämns i flera studier i översikten, är vikten av att de vårdade deltar i någon typ av självhjälpgrupper.

Avslutningsvis, i internationell forskning har lagstadgad tvångsvård kritiserats för att strida mot de mänskliga rättigheterna samt vara ineffektiv och därmed oetisk. I dessa sammanhang har Sverige och svensk LVM-vård tagits som exempel (t.ex. Hall m.fl., 2012). Det största problemet med den typen av kritik är att den bygger på felaktiga jämförelser. Det är mycket stor skillnad mellan länder, som har sådan lagstiftning, hur de valt att organisera tvångsvården. Det finns inte en enda typ av lagstadgad tvångsvård och innehållet i den givna vården världen över är absolut inte detsamma. Sannolikt vilar kritiken mot svensk LVM-vård på forskningsresultat från primärstudier, eller översiktsstudier, där vissa asiatiska länder ingår. Som visats i den här översikten (särskilt i relation till äldre översiktsstudier) är då risken för feltolkning mycket stor. I vissa av dessa länder består vårdinnehållet, om något alls, i den lagstadgade tvångsvården av fysisk och moralisk fostran i arbetsläger under flera år. Den typen av jämförelse i relation till svensk LVM-vård är naturligtvis helt förkastlig. Tvärtemot är det så att det i svensk LVM-vård finns förutsättningar för, och redan tillämpas, de inslag som ska finnas för att tvångsvård ska möjliggöra en livsförändring för den vårdade. Det vill säga, de dömda erbjuds utredning av sin problembild samt vårdinsatser med fokus mot den enskildes särskilda behov, och samverkan ska ske med hemkommunen för att på bästa sätt möjliggöra för fortsatta vårdinsatser på hemmaplan när vården övergår till annan form (§ 27 LVM) eller när tvångsvården avslutas. Om de centrala resultaten, som översikten presenterat, beaktas av vårdgivare som arbetar med personer som tvångsvårdas för missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika, räddas för det första människors liv och för det andra ökar också sannolikheten för att de vårdade erbjuds en verklig möjlighet till fortsatt livsförändring.

Tabeller

Tabell 1. Tidigare översiktsstudier publicerade 1979–2019.

Namn, år, period, land, kvalitet	Inkluderad drogtyp	I översikten angivet undersökt utfall	Inkluderade studier för slutsatser	I översikten angiven konklusion
Broadstock m.fl.; 2008; 2002–07; Nya Zeeland; hög	Narkotika och alkohol	Effektivitet; kostnads-effektivitet	Fyra tidigare översiktsstudier ingår (NICE, 2007; Pritchard m.fl., 2007; Swan & Alberti, 2004; Wild m.fl., 2002).	Indikation att tvångsvård kan vara effektivt i att minska alkohol-/drogbruk och att vården inte är skadlig. På grund av litet underlag går det inte att fastställa evidens för att tvångsvård ger bättre utfall än frivillig vård för icke-kriminella populationer eller att tvångsvård är mer kostnadseffektiv.
Fagan m.fl.; 1982; 1954–80 USA; låg	Alkohol	Har tvingande vård bättre utfall än frivillig vård?	19 studier. Studier utan randomisering, där jämförelsegrupp saknas eller där jämförelse av tvångsvårdade med frivilligt vårdade sker. En randomiserad studie ingår, med jämförelse mellan tvångsvårdade och icke tvångsvårdade (Gallant, 1968a).	Liten eller ingen skillnad mellan jämförelsegrupperna. Ingen evidens för att tvingande vård ger bättre utfall än frivillig vård.
Gerdner; 2004a; 1983–2003; Sverige; hög	Narkotika och alkohol	Minskat missbruk; drogfrihet; överlevnad	32 studier. Utfallsmätning efter tvångsvård vid institution.	I snitt 30 % förbättring för alla tvångsvårdade (efter 1995 ökning till 38 %), helnykterhet ca 9 %, döda ett år efter utskrivning ca 7 % per år. Ingen skillnad i utfall mellan tvångsvårdade och frivilligt vårdade när hänsyn tas till relevanta bakgrundsfaktorer.
Maddux; 1988; 1943–86; USA; låg	Narkotika	Förbättring jämfört med frivillig vård	18 studier, rörande tvångsvård vid institution i jämförelse med frivilliga, fängelsedömda, dömda till skyddstillsyn eller villkorligt dömda med eller utan tvångsföreskrift. Studier gällande coercion och metadonbehandling ingår.	Tvingande vård ger något bättre utfall än frivillig vård, särskilt då tvångsvården ges med stöd av straffrätt.
Moghanibashi-Mansourieh; 2017; 2000–15; Iran; låg	Narkotika	Effektivitet av tvångsvård mot substansmissbruk	Elva studier, angående drug courts, coercion, tvångsvårdade i jämförelse med frivilliga. En poststudie angående lagstadgad tvångsvård ingår (Dekker m.fl., 2010).	Frivillig vård ger bättre utfall än tvingande vård.

Pacecho-Ferreira m.fl.; 2019; 2000–17; Brasilien; låg	Narkotika	Bruk efter tvångsvård; kriminalitet efter tvångsvård	12 studier. Åtta ingår även i Werb m.fl., 2015 (ej Strauss m.fl., 2001, som gör en jämförelse mellan två olika vårdprogram, där både tvångsvårdade och frivilligt vårdade ingår). Övriga: Heather (2017), diskussionsartikel; Toledo m.fl. (2017), deskriptiv studie; Cruz m.fl. (2014), deskriptiv studie.	Tvångsvård (tvingande hospitalisering) är aggressivt och ineffektivt. Därtill är tvångsvård ett sätt att eliminera, av samhället, oönskade personer. Tvångsvård är en socialhygienisk praktik som bryter mot de mänskliga rättigheterna.
Ward; 1979; 1951–76; USA; medel	Alkohol	Minskat alkoholmissbruk; minskad kriminalitet	Nio studier. Gäller coercion, tvångsvårdade i jämförelse med frivilliga. Tre gäller lagstadgad tvångsvård (Ditman m.fl., 1966; Gallant, 1968b; Schuerman m.fl., 1961).	Det går inte att fastställa evidens för att tvångsvård ger bättre utfall än frivillig vård, när det gäller vård av alkoholister.
Werb m.fl.; 2015; 2001–14; USA; hög	Narkotika	Återfall i drogbruk; återfall i kriminalitet	Nio studier. Två gäller tvångsvård jämfört med frivilligt vårdade (Fairbairn m.fl., 2014; Sun m.fl., 2001). En deskriptiv studie angående drogbrukarpopulationen (Huang m.fl., 2011). En studie där barn (14 år) ingår (Rengifo m.fl., 2010). En deskriptiv studie angående inverkan av personlighetsstörning för social anpassning (Jansson m.fl., 2008). En studie där jämförelse mellan två olika vårdprogram sker (Strauss m.fl., 2001). Tre studier gäller lagstadgad tvångsvård: Hiller m.fl., 2006, Kelly m.fl., 2005 och Vaughn m.fl., 2003.	Låg evidens för att tvångsvård motverkar återfall i drogbruk eller kriminalitet.
Wild m.fl.; 2002; 1988–2001; Schweiz; medel	Narkotika och alkohol	Evidens för att tvångsvård är effektiv	18 studier. Åtta anges röra lagstadgad tvångsvård, övriga avser coercion. Av dessa åtta studier gäller en deltagande i ett utredningsprogram och frivilliga insatser (Desland, 1994), och en jämför mellan tvångsvårdade och frivilligt vårdade (O'Loughlin m.fl., 1996). Två avser metadonbehandling som inte var tvingande (Desmond m.fl., 1996) eller där utfall för tvångsvårdade inte redovisas separat (Fugelstad m.fl., 1998). Fyra gäller coercion (Bavon, 2001; Berkowits, 1996; Heale, 2001; Vito, 1998).	Bättre utfall i fråga om vägen in i vård och kvarstannande i vård för tvångsvårdade än för frivilliga. Ingen skillnad mellan tvångsvårdade och frivilligt vårdade gällande kriminellt beteende eller substansmissbruk.

Tabell 2. Primärstudier, jämförelser med ej vårdade, före och/eller efter tvångsvård (pre-post/post).

Namn, år, period, design, lag, land, kvalitet	Population, drog	Insats, tid, innehåll	Utfallsmått	Utfall och studiens egen konklusion
Anglin; 1988; 1974–76; naturligt experiment; socialrätt; USA; 7/9	Ca 1 000 personer. 1) Tvångsvårdade: heroin, varav 40 % dagligt bruk före vård. 2) Dömda men ej tvångsvårdade (lagändring): heroin, varav 50 % dagligt bruk före vård.	The California Civil Addict Program; institution 18 mån. samt öppenvård sju år.	Dagligt bruk; kriminalitet; anställning	<p>Tvångsvårdade före vård: dagligt bruk 53 %, kriminalitet 47 %, anställning 50 %. Efter vård: dagligt bruk 31 %, kriminalitet 28 %, anställning 62 %. Ej vårdade: dagligt bruk 55 %, kriminalitet 50 %, anställning 45 %. Efter tidsperioden: dagligt bruk 48 %, kriminalitet 43 %, anställning 49 %.</p> <p>Konklusion: Längre tids institutionsvård och följande övervakning under lång tid förbättrar förutsättningarna för heroinberoende att komma ifrån sitt bruk. Beroendevården bör guidas av samma principer som för psykiatrisk vård, dvs. vården kan kräva upprepade och långvariga insatser. Tvångsvård, under en inledande del av vården, är en förutsättning för att vård ska kunna ges alls.</p>
Bjerver; 1972; 1962/66; pre-post; socialrätt; Sverige; 5/9	Två årskohorter, i jämförelse med normalbefolkning; alkohol.	Inledningsvis institutionsvård (arbete/moralisk fostran); övervakning normalt i 1 (max. 2) år.	Sjukskrivning/år; sjukdagar/år; längd/sjukskrivning	Före tvångsvård: fyra ggr fler sjukdagar än normalbefolkningen. Efter tvångsvård: en minskning till nära normalbefolkningen gällande antal sjukskrivningar, sjukdagar och sjukskrivningarnas längd. Tvångsvården, sannolikt i kombination, med den längre tidens övervakning bidrog till förbättringen.

<p>Bourquin-Tieche m.fl.; 2001; 1992–96; pre-post; socialrätt; Schweiz; 7/9</p>	<p>51 personer; alkohol. 17 tvångsvårdade (varav två intagna vid två tillfällen): sju män och tio kvinnor, medelålder 48,5 år, egen inkomst fem personer, alkoholrelaterade leverskador 16 personer; bruk i snitt 171 gram alkohol/dag. 34 personer i jämförelsegrupp: 14 män och 20 kvinnor, medelålder 48 år, egen inkomst 21 personer, alkoholrelaterade leverskador 14 personer; bruk i snitt 100 gram alkohol/dag.</p>	<p>Institutionsvård, i snitt 29 veckor (max. 198 v.). Tvångsvårdade: medicinsk terapi, psykoterapi, läkemedelassisterad behandling (antidepressiv, Disulfiram), socioeduktiv terapi, självhjälpsgrupp.</p>	<p>Nykterhet – minskat drickande; tillfredsställelse med beslutet om tvångsvård; hälsorelaterad kvalitet i livet (HRQoL)</p>	<p>Uppföljning i snitt efter 71 veckor. En person av 15 avliden. Tio (fyra män och sex kvinnor) deltog i uppföljande intervju. Sex av tio deltog i öppenvård. Åtta anger nykterhet och nio av tio minskat drickande. Sex kvinnor och två män ansåg tvångsvården delvis till helt rättfärdigad. HRQoL i högre grad förbättrad för tvångsvårdade i jämförelse med liknande kohorter av vårdade i andra forskningsstudier. Tvångsvården har varit livräddande samt höjt livskvaliteten för de svårt alkoholberoende patienterna. Även om tvångsvård kan vara etiskt kontroversiell bör sådan vård tillämpas för svårt alkoholberoende som annars inte kommer in i vård/behandling.</p>
<p>Ditman m.fl.; 1967; n/a; post, randomisering; straffrätt; USA; 5/9</p>	<p>301 personer; alkohol.</p>	<p>Böter och ett års övervakning. Tre grupper: 1) Ingen annan insats än övervakning. 2) Delta i öppenvård vid alkoholklinik. 3) Delta i min. fem AA-möten inom 30 dagar. Ej deltagande b + c = annan påföljd.</p>	<p>Ny arrestering för fylleri</p>	<p>Ingen skillnad mellan grupperna i grad av ny arrestering för fylleri.</p>
<p>Hiller & Simpson; 2006; 1997–98; post, multivariat; straffrätt; USA; 5/9</p>	<p>Totalt 406 alkohol- eller drogberoende personer i tre grupper. 1) Graduates: 290, varav 73 % män, medelålder 34 år. 2) Dropouts (följde inte reglerna): 116, varav 60 % män, medelålder 30 år. 3) Ej vårdade: 100 dömda till skyddstillsyn, varav 72 män, medelålder 31 år.</p>	<p>Sex män. öppenvård vid särskilda enheter, Therapeutic Community (TC), med rehabiliteringsinriktning under övervakad skyddstillsyn. Kontroll: drogfrihet.</p>	<p>Återarrestering ett respektive två år efter vård för allvarlig brottslighet</p>	<p>År ett efter vård: 17 % graduates, 20 % av dropouts och 13 % av kontroll har återarresterats. År två efter vård: 4 % graduates, 10 % av dropouts och 10 % av kontroll har återarresterats. Sannolikheten är lägre (OR = 0.9) att graduates inte återarresteras än dropouts (OR = 1.6) efter två år. Ett år efter vård: graduates (OR = 1.5), dropouts (OR = 1.9). Fullföljd vård är relaterad till minskad risk för arrestering. Utan riktade insatser finns risk för att klienter fortsätter rotera mellan perioder av beroende och fängelse.</p>

<p>Poikolainen m.fl.; 1986; 1983–84; post, randomisering, multivariat; socialrätt; Finland; 6/9</p>	<p>333 tvångsvårdade och 227 ej vårdade för fylleri på offentlig plats; alkohol. Vårdade: 85 % män, 17 % instabilt boende. Kontroll: 86 % män, 19,5 % instabilt boende. Ej signifikanta skillnader mellan grupperna.</p>	<p>Vårdade: bad, vila, mat och konsultation med socialarbetare. Sjuksköterskor och läkare i 24 tim. Ej vårdade: endast utskrivning efter 24 tim.</p>	<p>Nytt omhändertagande för berusning inom ett till två år</p>	<p>Nytt omhändertagande: ingen skillnad mellan grupperna. Nytt omhändertagande relaterat till ogifta män med instabilt boende och ej till vård. Även om inte vården visar effektivitet, bör av humanitära skäl omhändertagande och avgiftning inte ersättas av omhändertagande av polis. För att öka effektiviteten av vården, på längre sikt, är sannolikt program som innehåller socialt och ekonomiskt stöd, boende och arbetsrehabilitering nödvändigt.</p>
<p>Vaughn m.fl.; 2003; 1999–2000; naturligt experiment, post, multivariat; straffrätt; Taiwan; 7/9</p>	<p>690 personer, varav 172 kvinnor; narkotika, dömda för drogrelaterat brott. Lagändring angående vård gav två grupper: 1) Tvångsvårdade i fängelse efter lagändring. 2) Enbart fängelsedömda före lagändring. Små skillnader mellan grupperna. Medelålder ett par år högre i jämförelsegruppen (30 år) och bland tvångsvårdade något fler tidigare arresteringar.</p>	<p>Vård i separat enhet vid fängelse, ej kontakt med andra interner i tre mån. Vård: fysisk aktivitet/fysiskt arbete, meditation, rådgivning, utbildning i etik/moral och hälsovårdsfrågor. Kontroll: fysisk aktivitet/arbete.</p>	<p>Efter vård: återfall i brott; drogbruk, social situation; anpassning till samhället; mental hälsa</p>	<p>Ett år efter frisläppande: uppföljning med 208 personer, 109 tvångsvårdade och 99 i kontrollgrupp. Vårdade: ej bruk av amfetamin 56 %, ej bruk av heroin 73 %. Ej vårdade: ej bruk av amfetamin 91 %, ej bruk av heroin 93 %. Fler dagliga användare av heroin/amfetamin bland de vårdade än ej vårdade. Social situation: eget arbete ca 28 % i båda grupperna. Anpassning till samhället: De vårdade rapporterar i högre grad finansiella, juridiska och familjeproblem än ej vårdade. Mental hälsa: ingen signifikant skillnad mellan grupperna. Återfall i brott: 72 av de dömda släpptes inte före uppföljning. Av 628 återföll 33 % av de vårdade i brott och 5 % av ej vårdade. Återfall i brott var relaterat till återfall i drogbruk.</p> <p>Konklusion: Det program som införts i Taiwan är inte effektivt när det gäller beteendeförändring hos drogberoende personer.</p>

Tabell 3. Primärstudier, jämförelser inom grupper av tvångsvårdade, före och/eller efter tvångsvård (pre-post/post).

Namn, år, period, design, lag, land, kvalitet	Population, drog	Insats, tid, innehåll	Utfallsmått	Utfall och studiens egen konklusion
Bergmark; 2004; 1996–98; post, multivariat; socialrätt; Sverige; 6/9	367 personer, varav 30 % kvinnor; alkohol- eller narkotikabruk. Medelålder 38 år. 95 personer enbart kort tids omhändertagande, varav 53 med narkotikabruk, 55 med egen bostad. 199 personer gjorde ansökan om tvångsvård, varav 74 personer med narkotikabruk, 35 med egen bostad. 73 personer omedelbart omhändertagande och ansökan om tvångsvård, varav 60 med narkotikabruk, 43 med egen bostad.	Institutionsvård, motivationsarbete; en vecka till max. sex mån.	Fortsatt missbruk; missbruksrelaterad död	Uppföljning två till fyra år efter insats med 326 personer. Indikation på ej fortsatt missbruk: endast omedelbart omhändertagande 13 %, direkt ansökan om tvångsvård till förvaltningsrätten 9 %, omedelbart omhändertagande + ansökan 15 %. Missbruksrelaterad död: endast omedelbart omhändertagande 20 av 95 personer, direkt ansökan 35 av 199 personer, omedelbart omhändertagande + ansökan om tvångsvård 14 av 73 personer. Konklusion: Personens ålder ($p = 0,037$) och ny dom om tvångsvård ($p = 0,019$) visar samband för utfallet död. Missbruksfrekvens eller mortalitet visar ej något samband med tvångsvårdsinsatsen.
Dekker m.fl.; 2010; 2006–09; pre-post; straffrätt; Australien; 7/9	95 män; narkotikarelaterad brottslighet. Medelålder 30 år. Primärdrog: 79 % heroin, 43 % cannabis, kokain och amfetaminer ca 38 %. Någon typ av tidigare vårdinsats: 83 %. Första dom kriminalitet före 18 års ålder: 78 %.	Sex mån. institutionsvård för stabilisering, fysiska/psykiska behov, arbetsträning, utbildning och terapeutiskt program rörande dynamiska effekter av brott (steg 1). Därefter sex mån. (max. nio) öppenvård, med fokus mot arbete, sociala aktiviteter och terapeutiskt program för fortsatt beteendeförändring (steg 2). Övervakning i sex mån. (steg 3).	Psykisk/fysisk hälsa; uppfattning om tvång; bruk under hela vårdtiden	Uppföljande intervjuer efter steg 1–3 med de vårdade. 74 fullföljde steg 1, 38 fullföljde steg 1–2, 13 fullföljde steg 1–3. Steg 3 ej i analys (få case). Psykisk hälsa: 49.5 baseline och 51.4 efter steg 1 ($p = 0,007$) genomsnittlig förbättring. Steg 2: förbättring både fysisk ($p = 0,049$) och psykisk hälsa ($p = .003$). Uppfattning av tvång: ökande andel ansåg att de närvarade av egen vilja, 34 % baseline till 40 % efter steg 1 och 50 % efter steg 2. Drogbruk: steg 1 endast 1,3 % positiva drogtestar, steg 2 1,8 % positiva. Konklusion: Utan kontrollgrupp är det svårt att avgöra om vården varit effektiv eller ej. De vårdades hälsa och välbefinnande förbättrades och det var mycket låg andel bruk under vårdtiden, upplevelsen av tvångsvården var god. Även om vården var tvingande upplevde inte klienterna (84 %) det så.

<p>Fridell m.fl.; 2009; 1997–2000; pre-post; socialrätt; 8/9</p>	<p>138 personer, varav 80 utredda psykiatriskt och psykologiskt (58 ej utredda i jämförelsegrupp) med narkotikaproblem. Medelålder 27 år respektive 30 år. Inga större skillnader mellan grupperna, förutom ålder.</p>	<p>Institutionsvård två till max. sex mån.; psykiatrisk/psykologisk utredning.</p>	<p>Drogfrihet, bostad; anställning; försörjning</p>	<p>Uppföljning ca 60 mån. efter vård med 64 av utredda kvinnor (intention to treat = 80): stabil drogfrihet det senaste året 39 % och i minst två år 24 %. Bostad: 44 % egen bostad. Försörjning: 22 % arbete/studier. Kriminalitet: 13 %. Prostitution: 3 %. På grund av att det ej fanns någon kontrollgrupp går det inte att fastställa att vården orsakar förbättringen som skett för flera kvinnorna.</p> <p>Konklusion: De som blir drogfria minskar sin kriminalitet och vårdkonsumtion och har bättre välbefinnande. En majoritet anser att vården har bidragit till deras förbättring.</p>
<p>Gerdner m.fl.; 1997; 1986–91; post, multivariat; socialrätt; Sverige; 7/9</p>	<p>124 personer; alkohol eller narkotika. Tre perioder: 1) 1986–87, 57 personer, 2) 1988, 29 personer, och 3) 1989–91, 38 personer. Medelålder 38, 40 och 35 år. Kvinnor 35, 28 och 31 %. Inga övriga signifikanta skillnader mellan grupperna.</p>	<p>Institutionsvård: Period 1: äldre vårdprogram, två mån tvångsvård. Period 2: nytt strukturerat vårdprogram, AA-föreläsning, individuella/grupp-sessioner angående förnekelse, beroende, prevention vid öppen avdelning, två mån tvångsvård. Period 3: nytt program, sex mån tvångsvård.</p>	<p>Avvikelse från institution; antal dagar på låst avdelning</p>	<p>Införandet av strukturerat motivationsprogram underlättade övergången till intensivt program på olåst avdelning, dvs. antalet dagar på låst avdelning reducerades och stod i relation till införandet. Andelen avvikningar ökade inte. Antalet avvikningar ökade när den längre vårdtiden infördes. Antalet avvikningar var relaterat till vårdtiden, yngre personer, förekomst av psykiatrisk diagnos, blandmissbruk och att vara ensamstående.</p>
<p>Gerdner; 2004b; 1988–2000; post, multivariat; socialrätt; Sverige; 9/9</p>	<p>47 personer; alkohol och eller narkotika. 28 personer tvångsvård under längre tid, varav kvinnor 32 %, medelålder 43 år. Psykiska problem 82 %, i arbete 7 %. 19 endast omedelbart omhändertagande, varav kvinnor 37 %, medelålder 42 år. Psykiska problem 74 %, i arbete 10,5 %.</p>	<p>Institutionsvård i max. sex mån. Omvårdnad/ medicinsk behandling, enskilda stödsamtal, miljöterapi (ADL-träning).</p>	<p>Överlevnad; dagar till ny tillnyktring/avgiftning; vårdtyngd vid tillnyktring/avgiftning (antal dygn)</p>	<p>Inga signifikanta skillnader mellan grupperna i överlevnad, inte heller skillnad i ny tillnyktring eller tid till ny avgiftning. Missbrukets allvarighet (vårdtyngd) vid ingången i vård är relaterad till fortsatt vårdtyngd efter tvångsvården. Skyddande faktorer var egen bostad ($p = 0,03$), samt föräldraskap ($p = 0,09$), dvs. tillgång till nätverk.</p>

<p>Reitan; 2019; 2000–09; pre-post; socialrätt; Sverige; 8/9</p>	<p>103 kvinnor; alkohol, narkotika. Alla gravida. Medelålder 29 år. Tidigare tvångsvård 48 %. Primär-drog: amfetamin, benzodiazepiner respektive alkohol 23 %, metadon 4 %, kokain 1 %, cannabis 15 %. Substansrelaterad psykiatrisk diagnos 8 %. Två grupper: AD = alkohol delvis primärdrog 32 % och DD = narkotika som primärdrog 68 %.</p>	<p>Institutionsvård i max. sex mån.</p>	<p>Bruk av drog; hälsostatus; social status</p>	<p>Fem år efter vård: uppföljning av 97 kvinnor. Fem personer med substansrelaterad död. AD: ny tvångsvård 21 %, långvarigt försörjningsstöd 73 %, barnet i fosterhem 91 %, i arbete 36 %, substansrelaterade hälsoproblem 82 %, psykiatrisk diagnos 52 %. DD: ny tvångsvård 27 %, långvarigt försörjningsstöd 73 %, barnet i fosterhem 83 %, i arbete 54 %, substansrelaterade hälsoproblem 80 %, psykiatrisk diagnos 34 %.</p> <p>Konklusion: Få signifikanta skillnader mellan grupperna. Mer sannolikt att gruppen med narkotika som primärdrog och som tidigare vårdats med tvång, var i arbete och hade psykiatrisk diagnos vid uppföljning.</p>
<p>Strauss m.fl.; 2001; 1995–99; post; straffrätt; USA; 5/9</p>	<p>165 kvinnor; alkohol eller narkotika, dömda till vård för substansrelaterat brott till två olika program, ASAP och VOA. Vissa skillnader mellan grupperna. ASAP 53 personer, medelålder 31 år, hemlösa 31 %, hälsoproblem 48 %, rattfylleri 31 %, drogförsäljning 31 %. VOA 112 personer, medelålder 34 år, hemlösa 41 %, hälsoproblem 75 %, rattfylleri 54 %, drogförsäljning 48 %.</p>	<p>ASAP (öppenvård) och VOA (institutionsvård) max. sex mån. ASAP: avgiftning, insikt, individuell rådgivning, terapi (utsatthet barndom/vuxen), återfallsprevention, kognitiv terapi (kriminellt tänkande, föräldrastöd). VOA: terapeutiskt samhälle, fysisk/psykisk hälsa, beroende och återfallsprevention.</p>	<p>Bruk av drog första veckan efter vård</p>	<p>Ett till två år efter vård: uppföljning med 162 kvinnor. 70 % av ASAP och 74 % av VOA använde inte någon drog första veckan efter vård. Kvinnor i ASAP som inte brukade var i vård längre, 5,8 mån., än de som brukade, 3,6 mån. ($p = 0,051$). Kvinnor i VOA som inte brukade var i VOA-vård längre, 5,8 mån., än de som brukade, 4,2 mån. ($p < 0,001$). Av ASAP fullföljde 47 % vården, av VOA fullföljde 59 % vården. 70 % i båda grupperna ansåg eftervårdsplanering vara avgörande för drogfrihet.</p> <p>Konklusion: Längre tid i vård ökar andelen som fullföljer vården och förbättrar möjligheten till långsiktig livsförändring. Individuell eftervårdsplanering och deltagande i självhjälpgrupper är mycket viktigt för att tiden efter vård ska förbli drogfri.</p>

<p>Walker m.fl.; 2008; 2003–04; post, multivariat; straffrätt; USA; 7/9</p>	<p>888 personer; alkohol eller narkotika. Dömda till tvångsvård i tre grupper (vissa skillnader mellan grupperna): 1) Annat brott än rattfylleri, 296 personer 54 % män, medelålder 32 år, arbetslösa 48 %, depression 34 %, deltagande i självhjälsgrupp (AA/NA) 33 %. 2) Dömda för rattfylleri, 273 personer, 86 % män, medelålder 53 år, arbetslösa 29 %, depression 26 %, deltagande i AA/NA 12 %. 3) Dömda, överlämnade till vård, 317 personer, 50 % män, medelålder 34 år, arbetslösa 45 %, depression 63 %, deltagande i AA/NA 39 %.</p>	<p>Flera behandlingsenheter med olika vårdinnehåll och tidslängd: öppenvård, intensiv öppenvård, case management och/eller 30 dagars institutionsvård.</p>	<p>12 mån. efter vård: bruk av substans; deltagande i självhjälsgrupp (AA/NA); depression; ny arrestering</p>	<p>12 mån. efter vård: uppföljning av 886 personer. Totalt 513 personer (58 %) bruk av alkohol och 275 personer (31 %) bruk av narkotika under tiden före uppföljning. Av 513 använde 70 % alkohol vid uppföljning och av 275 använde 41 % narkotika vid uppföljning. 1) Depression 30 %, deltagande självhjälsgrupp (AA/NA) 43 %, ny arrestering 1,5 ggr. 2) Depression 27 %, deltagande i AA/NA 14 %, ny arrestering 1,3 ggr. 3) Depression 46 %, deltagande i AA/NA 36 %, ny arrestering 0,7 ggr.</p> <p>Konklusion: Dömda för rattfylleri har 1,28 ggr högre sannolikhet för alkoholbruk efter vård. Fortsatt depression relaterad till (OR = 1.23) ökad risk för alkoholbruk. Deltagande i AA/NA före vård ger lägre risk (OR = 0.834) att bruka alkohol före uppföljning. Hur klienterna kommer in i vård är ej prediktor för utfall förutom gällande dömda för rattfylleri. Problemtyngheten hos klienterna måste utredas individuellt. Psykiska problem och svårare beroende minskar sannolikheten för förbättring om detta inte adresseras före och under vården.</p>
---	--	--	---	--

Tabell 4. Primärstudier, utan jämförelsegrupp, efter tvångsvård (post).

Namn, år, period, design, lag, land, kvalitet	Population, drog	Insats, tid, innehåll	Utfallsmått	Utfall och studiens egen konklusion
Bergmark; 1994; 1982–85/-90; post, multivariat; socialrätt; Sverige; 6/9	125 personer; alkohol eller narkotika. 102 män, 23 kvinnor, narkotikabruk 26 personer, utländsk härkomst (primärt finsk) 19 personer, ej utländsk härkomst 106.	Institutionsvård, max. fyra mån.; motivationsarbete.	Dödlighet; ny tvångsvård	<p>Dödlighet, totalt, ca sju ggr högre än för normalbefolkningen. Män 6,2 ggr och kvinnor 19 ggr högre dödlighet än respektive kön i normalbefolkningen. Narkotikabruk 11,2 ggr och annat missbruk 6,3 ggr högre dödlighet än normalbefolkningen. Utländsk härkomst (primärt finsk) 12,1 ggr högre dödlighet än normalbefolkningen. Ej utländsk härkomst 6,2 ggr högre. Ny dom om tvångsvård, hela gruppen: 53 % endast en dom, 23 % två domar, övriga tre till sex domar. Studien indikerar att bättre hälsa och tillgång till socialt nätverk är av betydelse för de vårdades överlevnad. Detsamma motverkar även att personen döms till ny tvångsvård.</p> <p>Konklusion: Det är osäkert om tvångsvård förlänger klienternas liv, tvångsvård kan därför inte ses som ett effektivt verktyg.</p>
Dahlgren; 1951; 1937–47; post; socialrätt; Sverige; 6/9	Ca 10 000 personer; alkohol.	Inledande institutionsvård (arbete/moralisk fostran), övervakning 1 år (max. 2 år).	Alkoholrelaterad dödlighet	<p>Våldsam död (drunkning, självmord eller olyckor) är mer förekommande hos personer med alkoholproblem. En tendens kan ses att något yngre personer med alkoholproblem har något högre dödsrisk än äldre.</p> <p>Konklusion: Totalt sett finns en något förhöjd dödsrisk hos de tvångsvårdade, ca 1,5 ggr högre än för normalbefolkningen.</p>

<p>Dore m.fl.; 2016; 2012–13; post; socialrätt; Australien; 9/9</p>	<p>40 personer; alkohol. Medelålder 46 år, 55 % män, 93 % bidragsberoende, 22 % hemlösa eller med ostabilt boende. 40 % hjärnskador. Ca 47 % brukade även annan substans.</p>	<p>Institutionsvård i medel 33 dagar (max 84 dagar). Övervakad avgiftning, individuell terapi och gruppterapi, återfallsterapi, humör-/ångestterapi, eftervårdsplan, livsstil och introduktion till Self-Management and Recovery Training (SMART), AA.</p>	<p>Alkoholbruk; engagemang i öppenvård; bruk av hälsovård; patientnöjdhet (CSQ)</p>	<p>Sex mån. efter vård: fyra avlidna, fem saknade, elva tidigare nivå av drickande, 13 helt avhållsamma från alkohol och sju minskat drickande. Engagemang i öppenvård: 14 av 17 avhållsamma/minskat bruk. Hälsovård: 15 av 17 reducerat bruk av hälsovård. Patientnöjdhet: 29 svar, varav 90 % menar att vården varit till hjälp helt eller delvis.</p> <p>Konklusion: Utan kontrollgrupp svårt att säkerställa resultat. 40 % vårdade har förbättrats i fråga om minskat alkoholbruk och hälsovårdskonsumtion. Tvångsvård anges inkräkta på personens autonomi. Men en tids tvångsvård i syfte att återupprätta klienternas beslutsförmåga förbättrar deras möjligheter att kunna nå förbättring. En stor majoritet av de vårdade ansåg att vården varit till hjälp och de såg ingripandet som rättfärdigat.</p>
<p>Duong m.fl.; 2012; 2007; post; socialrätt; USA; 7/9</p>	<p>Tio personer; alkohol. Medelålder 53 år. Nio män, en kvinna, alla hemlösa, fem med tidigare depression, tre med pankreatit, två med alkoholrelaterad leversjukdom.</p>	<p>Institutionsvård. Vårdtid: 30 dagar. Avgiftning, bedömning och erbjudande av insatser via team av socialarbetare, psykiatriker, jurist, administratör, sjukvård, alkohol- och drogrådgivare.</p>	<p>Minskning av akutbesök; vårdinläggning; behov av ambulans</p>	<p>Utan kontrollgrupp svårt att säkerställa. Akutbesök och vårdinläggning: signifikant minskning första månaden efter vård ($p = 0,05$) respektive ($p = 0,03$). Vid tre och sex mån. efter vård ingen skillnad. Behov av ambulans: ingen skillnad.</p> <p>Konklusion: Tvångsvård med avgiftning och erbjudande av insatser är effektivt men hjälper endast kort tid. Fortsatta insatser behövliga över tid.</p>

Kopak m.fl.; 2016; post, multivariat; straffrätt; USA; 7/9	I 857 personer, varav 79 % män; 60 % alkoholberoende, övriga narkotikaberoende. Domstolsbeslut för alkohol-/drograttffylleri. I snitt 1,61 tidigare arresteringar före vård.	Vårdenheterna deltar i Comprehensive Assessment and Treatment Outcome Research (CATOR). Olika vård: institutionsvård (60 %) och öppenvård (dag, kväll och intensiv).	Riskfaktorer för återfall och arrestering	<p>47 % återföll i bruk och 18 % arresterades igen för ny brottslighet. Allvarligheten i missbruk relaterat till risk för återfall (OR = 1.44) vilket ökar risk för arrestering sex mån. efter vård (OR = 2.59). Risktagande i tonåren relaterat till risk för återfall. Ålder, arbetslöshet, samt låg utbildning är relaterat till högre risk för återfall och återarrestering.</p> <p>Konklusion: Vård som ges under tvång måste innehålla utredande verksamhet (klinisk svårighetsgrad, demografiska risker och återfallsbenägenhet) för att maximera vårdens effektivitet.</p>
Kopak m.fl.; 2015; post, multivariat; straffrätt; USA; 7/9	381 kvinnor; alkohol- eller narkotikaberoende. Domstolsbeslut för alkohol-/drograttffylleri. 21 % under 25 år, 53 % ej i arbete, 35 % aldrig gifta, 16 % ej fullgjord skolgång.	Vårdenheterna deltar i Comprehensive Assessment and Treatment Outcome Research. Vård: institutionsvård och öppenvård (dag, kväll och intensiv).	Riskfaktorer för återfall och arrestering	<p>48 % återföll efter ett år efter vård. Återfall relaterat till ofullständig skolgång (OR = 2.43), aldrig gift (OR = 4.06), allvarlighetsgrad av beroende (OR = 2.38). 14 % arresterades på nytt inom ett år efter vård. Arrestering relaterat till arbetslöshet (OR = 2.30), uppförandeproblem i barndom (OR = 1.43). Återfall ökar risk för ny arrestering (OR = 2.50).</p> <p>Konklusion: För mer effektiv vård bör kvinnornas problembild utredas, de behöver tillgång till arbete, socialt nätverk, utbildning och återfallsprevention.</p>
Roubini m.fl.; 2003; 2000; post, psykiatri-rätt; Frankrike; 5/9	130 personer; alkohol. 66 % män, medelålder 44 år, 49 % i arbete, 62 % alkoholberoende, 37 % med depression, 5 % med psykos.	I snitt 21 dagars vård. Vårdinnehåll framgår ej tydligt. Medicinsk behandling med benzodiazepin.	Nykterhet efter vård	<p>Telefonuppföljning 18 mån. efter vård. 46 % saknas, 18 % av de vårdade uppvisade total avhållsamhet från alkohol. 32 % återfall, 4 % avlidna.</p> <p>Konklusion: Längre tid i vård bör förbättra effektiviteten av vården för patienter med svårt alkoholberoende och psykiatrisk samsjuklighet.</p>

Tabell 5. Primärstudier, jämförelser med frivilligt vårdade, före och/eller efter tvångsvård (pre-post).

Namn, år, period, design, lag, land, kvalitet	Population, drog	Insats, tid, innehåll	Utfallsmått	Utfall och studiens egen konklusion
Anderson; 1978; 1974–77; post, multivariat; socialrätt; Nya Zeeland; 7/9	359 personer, varav 73 tvångsvårdade; alkoholmissbruk 98 %. Kvinnor 13 %. Medelålder män 44 år, kvinnor 49 år. I arbete 31 %, hemlösa 20 %.	Institutionsvård. Vårdtid: 1,5–3 mån. Individuell rådgivning, gruppterapi, utbildning, arbetsterapi, antabus (på begäran).	Nykterhet – minskat drickande	Ett år efter vård, 156 personer. Ej separata data ang. tvångsvårdade och frivilligt vårdade. Totalt: nykter livsstil 11 %, dricker men ej problem 3 %, ny tvångsvård 34 %, vård/fängelse 29 %, avlidna 8 %. Tvångsvård ej relaterat till något utfall. Låg andel förbättrade i gruppen. Vid intag i tvångsvård större insikt om sina problem, men också i högre grad förnekelse än frivilliga vårdade. Av 359 klienter lämnade 32 % vården i förtid och 3,5 % var ej lämpliga för vård.
Balthazard-Olette m.fl.; 2014; 2009–11; post; straffrätt; Frankrike; 7/9	92 personer alkohol. 46 tvångsvårdade, varav 35 män och 11 kvinnor, medelålder 47 år, 51 % ej i arbete, 26 % psykiatrisk samsjuklighet, 17 % bruk av annan substans än alkohol. 46 frivilligt vårdade, medelålder 44 år, 35 män, 11 kvinnor, 56 % ej i arbete, 20 % psykiatrisk samsjuklighet, 26 % bruk av annan substans än alkohol.	Institutionsvård. Vårdtid: i snitt 35 dagar för tvångsvårdade och 22 dagar för frivilligt vårdade. Psykoterapi, läkemedel: depression 16 tvångsvårdade och 15 frivilliga, mot bipolaritet sju tvångsvårdade och fem frivilliga, mot psykos en tvångsvårdad och två frivilligt vårdade.	Återfall i alkoholmissbruk och återintagning i vård	65 personer nåddes vid uppföljning sex mån. efter vård. 81 % av tvångsvårdade och 82 % av frivilligt vårdade återföll i alkoholmissbruk. Återintag (n = 64) 45 % av tvångsvårdade och 49 % av frivilligt vårdade. Ingen uppgift om avvikning eller utskrivning i förtid. Konklusion: Inga skillnader mellan grupperna oavsett vårdform. Studien väcker frågor om vilka faktorer som medverkar till att förändring inte sker hos personer som söker vård frivilligt.

<p>Brecht m.fl.; 1993; 1978–79, 1980–81; pre-post; straffrätt; USA; 6/9</p>	<p>618 personer; heroin. 235 tvångsvårdade, varav 65 % män och 35 % kvinnor. 35 % i arbete, dagligt bruk ca 80 %, kriminalitet ca 40 % vid intag. 383 frivilligt vårdade, varav 52 % kvinnor och 48 % män, 34 % i arbete, dagligt bruk 78 %, 30 % kriminalitet vid intag.</p>	<p>Metadonbehandling under tvångsföreskrift i öppenvård eller frivillig behandling.</p>	<p>Kriminalitet; dagligt bruk; social funktion (arbete)</p>	<p>Uppföljning fyra till sex år efter vård. Tvångsvårdade: dagligt bruk ca 30 %, kriminalitet ca 20 %, i arbete 50 %. Frivilligt vårdade: dagligt bruk 26 %, kriminalitet ca 17 %, i arbete 45 %. Båda grupperna visar liknande förbättringar för alla variabler samt kvarstående i vård. De tvångsvårdade skiljer sig inte från frivilliga i fråga om förbättring oavsett kön eller etnicitet.</p> <p>Konklusion: Det är viktigt att samverkan sker mellan de straffrättsliga domstolarna och vårdssystemet för att förbättra effektiviteten i båda systemen till förmån för de som är i behov av vård.</p>
<p>Clark m.fl.; 2009; pre-post; straffrätt; USA; 5/9</p>	<p>2 726 kvinnor, varav 963 tvångsvårdade, 18–76 år; alkohol eller narkotika. Alla med upplevelser av våld/övergrepp och med samexisterande psykiatrisk och beroendediagnos. Tvångsvårdade: medelålder 34 år, 41 % gifta, 50 % lägre utbildning, ASI Alkohol 0.20, Narkotika 0.19. Frivilligt vårdade: medelålder 38 år, 37 % gifta, 47 % lägre utbildning. ASI Alkohol 0.20, Narkotika 0.16. Små skillnader mellan grupperna.</p>	<p>Nio vårdinstitutioner. Vårdtid: ej angiven. I 412 kvinnor: integrerad vård, psykiatrisk, trauma- och beroendevård. I 314 kvinnor: normal beroendevård. Vid alla institutioner: resurskoordination, krisintervention, holistisk vård för mental hälsa/trauma och substansberoende i samråd med den vårdade.</p>	<p>Bruk alkohol/narkotika; mental hälsa; traumarelaterade problem</p>	<p>Uppföljning vid sex och 12 mån. efter vård. Tvåvägs korrelationsanalys anger att tvångsvårdade vid sex och 12 mån. visar större förbättring för alla utfall än för frivilligt vårdade. Den integrerade vården visar bättre utfall för alla utfallsvariablerna än normal beroendevård. Ingen särskild uppgift om avvikning eller utskrivning i förtid.</p> <p>Konklusion: Tvångsomständigheten bidrog sannolikt till förbättringen även gällande trauma och mental hälsa. Motivationen, och upprättelse av viljan, till förändring kan ha påverkats positivt av tvångsvårdsförutsättningen.</p>

<p>Copeland m.fl.; 2007; 2000–05; pre-post, multivariat, registerstudie; straffrätt; USA; 8/9</p>	<p>27 198 personer; cannabis. 55 % beroende. Tvångsvårdade: 18 776, medelålder 26 år, 72 % män, 45 % i arbete, 1,6 % hemlösa. Frivilligt vårdade: 8 422, medelålder 28 år, 47 % män, 22 % i arbete, 8,5 % hemlösa.</p>	<p>Offentliga drogavjningskliniker. Vårdtid: tvångsvårdade i snitt 70 dagar, varav 31 dagar vid klinik, frivilligt vårdade 57 dagar, varav 28 dagar vid klinik. Övrig tid i öppenvård.</p>	<p>Fullföljande av vård; psykosocial funktion; bruk efter vård</p>	<p>Uppföljning 90 dagar efter vård. 17 % av frivilliga och 21 % tvångsvårdade skrevs ut i förtid samt 12 % respektive 6 % lämnade vården trots avrådan. Högre sannolikhet för att tvångsvårdade kommer in i vård p.g.a. kriminell aktivitet, stannar i vård längre, fullföljer vården, lägre grad av problem vid ingång samt mindre bruk av cannabis vid uppföljning än frivilligt vårdade. Frivilligt vårdade söker vård p.g.a. större problemtynad, söker oftare vård akut via sjukvård och brukade i högre uträkning cannabis dagligen än tvångsvårdade.</p> <p>Konklusion: Studien synliggör att vård under tvång kan vara effektiv, samtidigt att tidig screening och interventioner är viktiga för att undvika mer allvarliga psykosociala/medicinska problem för personer med cannabismissbruk.</p>
<p>Duvall m.fl.; 1963; 1952–57; post; straffrätt; USA; 5/9</p>	<p>453 personer; heroin. 24 tvångsvårdade män under 30 år, kan jämföras med 45 frivilligt vårdade män under 30 år.</p>	<p>Institutionsvård (Lexington eller Fort Worth).</p>	<p>Drogfrihet; åter beroende; bruk efter vård</p>	<p>Uppföljning vid sex mån., två år och fem år efter vård. Drogfrihet vid sex mån., två år och fem år, tvångsvårdade: 4, 13 och 10 %. Frivilligt vårdade: 11, 18, 18 %. Åter beroende vid sex mån., två år och fem år, tvångsvårdade: 70, 44, och 60 %. Frivilligt vårdade: 58, 53 och 44 %. Ingen särskild uppgift om avvikning eller utskrivning i förtid.</p> <p>Konklusion: Totalt sett, av 453, verkar ålder vara av betydelse för drogfrihet, dvs. äldre personer klarar bättre av att vara drogfria än yngre. Yngre personer hade också högre arresteringsgrad efter vård än övriga och en stor majoritet gällde narkotikabrott. Unga heroinister är generellt sett antisociala när de ska anpassas till samhället, därför krävs systematisk eftervård för dessa.</p>

<p>Gallant; 1968b; n/a; post; straffrätt; USA; 5/9</p>	<p>19 personer; alkohol. Dömda till skyddstillsyn, randomiserade i två grupper. Tio personer med tvångsföreskrift om vård och nio personer erbjöds att delta frivilligt.</p>	<p>Öppenvård. Vårdtid: sex mån. Tvångsvård: delta i vård vid alkoholklirik. Individuell psykoterapi/vecka i tre mån. och varannan vecka + i tre mån. Frivilliga: minst ett besök vid klinik (motiverande samtal).</p>	<p>Deltagande i vård; dryckesvanor; social status</p>	<p>Uppföljning ett år efter vård. Tvångsvårdade: deltagande i vård nio av tio deltog, dryckesvanor fem av tio helnyktra, social status sju arbetar och en person i fängelse. Frivilligt vårdade: deltagande i vård två av nio deltog, dryckesvanor ingen helnykter, social status ingen arbetar och fem i fängelse.</p> <p>Konklusion: Tvångsvård kan vara effektivt. Kombinationen med individuell psykoterapi och hårt legalt tryck för att inte återfalla och då riskera fängelse kan ha fungerat motiverande.</p>
<p>Hunt & Odoroff; 1962; 1952–56; post; straffrätt; USA; 7/9</p>	<p>I 912 personer; heroin. 379 tvångsvårdade (338 män och 41 kvinnor) och I 533 frivilligt vårdade (I 176 män och 357 kvinnor).</p>	<p>Institutionsvård (Lexington). Vårdtid vid institution: varierande, min. 30 dagar och mer än 146 dagar anges. Drogfri miljö, psykologisk behandling, arbetsterapi.</p>	<p>Beroende efter vård; återfall i bruk</p>	<p>Uppföljning ett år till 4,5 år efter vård eller fram till dess att personen åter blivit beroende eller återfallit i bruk. Totalt I 881 personer nåddes för uppföljning. Mer än 90 % klassades som beroende inom sex mån. efter vårdens avslutande. Ingen särskild uppgift om avvikning eller utskrivning i förtid. Tvångsvårdade i högre grad (11 %) än frivilliga (6 %) helt drogfria efter vård (p <0,001). Visst samband mellan ålder och åter beroende, män över 30 år i lägre grad åter beroende än yngre.</p> <p>Konklusion: I ett inledningsskede är sjukhusvård viktigt för att starta förändringsprocessen, men eftervård i samhället är avgörande för om drogfrihet ska bibehållas.</p>

<p>Kelly m.fl.; 2005; n/a; pre-post, multivariat; straffrätt; USA; 5/9</p>	<p>2 095 män; alkohol eller narkotika. Medelålder 42 år. Tre grupper: 1) Tvångsvårdade, 141 personer skyddstillsyn/villkorlig dom + föreskrift om tvångsvård, 77 % arresterade senaste året, 73 % ej i arbete, 86 % alkohol- och 45 % narkotikaberoende. 2) Dömda ej tvångsvård, 235 personer skyddstillsyn/villkorlig dom + erbjudande om vård, 68 % arresterade senaste året, 74 % ej i arbete, 75 % alkohol- och 58 % narkotika-beroende. 3) Ej dömda/vårdade, 1 719 personer, arresterade senaste året 25 %, 76 % ej i arbete, 78 % alkoholberoende och 58 % narkotikaberoende. Signifikanta skillnader: tvångsvårdade i lägre grad motiverande till förändring, mindre allvarliga beroendeproblem, såg sig inte sig som missbrukare, lägre andel med narkotikaberoende och tidigare vårderfarenhet än övriga.</p>	<p>15 Veteran Affairs-kliniker; intensivvårds-behandling. Vårdtid: 21–28 dagar. Vårdinnehåll framgår ej men är olika för grupperna. Sannolikt AA/NA-inspirerad vård.</p>	<p>Bruk av substans; arrestering; i arbete</p>	<p>Uppföljning efter ett och fem år. Ingen uppgift om avvikning eller utskrivning i förtid. 1) Tvångsvårdade: avhållsamhet från substans 54 % vid ett år och 39 % vid fem år. Oproblematiskt bruk 61 % vid ett år och 45 % vid fem år. Ny arrestering 21 % vid ett år och 24 % vid fem år. I arbete: 43 % vid ett år och 54 % vid fem år. 2) Dömda men ej tvångsvårdade: avhållsamhet från substans 45 % båda åren. Oproblematiskt bruk 48 % respektive 50 %. Ny arrestering 32 % respektive 28 %. I arbete 47 % respektive 43 %. 3) Ej dömda/vårdade: avhållsamhet från substans 40 % respektive 41 % år. Oproblematiskt bruk 44 % vid ett år och 46 % vid fem år. Ny arrestering 18 % vid ett år och 19 % vid fem år. I arbete 38 % vid ett år och 43 % vid fem år. Sannolikheten högre för att tvångsvårdade var helt avhållsamma eller hade oproblematiskt bruk ett år efter vård. Högre sannolikhet för att tvångsvårdade var i arbete efter fem år. Trots att tvångsvårdade visade lägre andel fysiska/ psykiska problem och lägre motivation än övriga grupper vid ingången i vård, visar dessa lika eller bättre utfall än övriga.</p> <p>Konklusion: Juridiskt tryck (tvångsvård) kan ge personer med beroendeproblem som döms för brott en möjlighet att åtnjuta behövlig vård.</p>
--	--	--	--	---

<p>Larsson m.fl.; 2008; 1999–2000; pre-post; socialrätt; Sverige; 7/9</p>	<p>300 personer i fyra grupper: 1) Dömda till tvångsvård. 2) Omedelbart omhändertagna + fastställd dom om tvångsvård. 3) Enbart omhändertagna. 4) Frivilligt vårdade. Inskrivning: medelålder 38 år för grupp 1–3 och 46 år frivilligt vårdade. Totalt: 60 % eget boende, 67 % närmaste vänskapskrets är andra missbrukande personer, 35 % tidigare dömda för våldsbrott, 37 % tidigare psykiatrisk vård, 63 % alkohol.</p>	<p>Institutionsvård. Vårdtid: max. sex mån., endast omhändertagna ca sju dagar, frivilliga 70 dagar. Motivationsarbete.</p>	<p>Alkohol- och drogbruk; upplevelse av förbättring av missbruksproblemen</p>	<p>Uppföljning sex mån. efter vård, 136 personer. Drogfria/ återhållsamma efter vård: grupp 1) 21 %, grupp 2) 31 %, grupp 3) 30 %, grupp 4) 44 %. Moderat bruk: grupp 1) 27 %, grupp 2) 30 %, grupp 3) 35 %, grupp 4) 41 %. Tungt bruk: grupp 1) 52 %, grupp 2) 39 %, grupp 3) 35 %, grupp 4) 15 %. Upplevelse av förbättring: 65 % av tvångsvårdade och 92 % av de frivilligt vårdade ansåg att det skett en förbättring av missbruksproblemen efter vården. Ingen särskild uppgift om avvikning eller utskrivning i förtid.</p> <p>Konklusion: Skillnader mellan de som tvångsvårdas och de som söker vård frivilligt gällande social situation, hälsoproblem och missbrukets allvarlighet, både vid in- och utskrivning. De tvångsvårdade har svårare problem både före och tid efter vårdinsatsen.</p>
<p>Larsson m.fl.; 2012; 1999–2006; pre-post; socialrätt; Sverige; 8/9</p>	<p>Registerstudie. Totalt 4 341 personer, varav 71 % tvångsvård (14 % endast omedelbart omhändertagande) och 19 % frivilligt vårdade. Medelålder ca 40 år. Vid inskrivning (totalt) 45 år och äldre egen bostad ca 70 % och ca 15 % bostadslösa, 30–44 år ca 50 % egen bostad och ca 20 % bostadslösa, under 30 år ca 35 % med egen bostad och ca 20 % bostadslösa. Ca 60 % alkohol, övriga narkotika.</p>	<p>Institutionsvård. Vårdtid: max. sex mån.</p>	<p>Dödlighet; missbruk; ny tvångsvård; bruk av sjukvård; brottslighet</p>	<p>Ett år efter vård. Totalt: avlidna 5,3 % (70 % missbruksrelaterat), fortsatt allvarligt missbruk ca 70 %, ny tvångsvård 20 %, sjukhusvård 60 %, varav alkoholdiagnos 35 % och narkotikadiagnos 25 %, brott 47 %. Tvångsvårdade: ny tvångsvård 51 %, fortsatt allvarligt missbruk 69 %, sjukvård ca 60 % (varav ca 32 % alkohol och 25 % narkotika-diagnos), brott ca 50 %. Frivilliga: ny tvångsvård 29 %, fortsatt allvarligt missbruk 69 %, sjukvård ca 60 % (varav 37 % alkohol och 22 % narkotikadiagnos), brott ca 42 %. Av 27 avlidna 12 dödsfall under avvikning från tvångsvård (11 drogrelaterat). En frivilligt vårdad avled (ej drogrelaterat).</p> <p>Konklusion: Hög andel med fortsatt allvarligt missbruk i båda grupperna. Ny tvångsvård något vanligare för frivilligt vårdade eller enbart omedelbart omhändertagna. Hög dödlighet (särskilt yngre) i relation till normalbefolkningen.</p>

<p>Möller m.fl.; 1998; 1991–92; post, multivariat; socialrätt; Sverige; 9/9</p>	<p>135 personer; alkohol eller narkotika gällande mortalitet. 775 personer för övriga analyser.</p>	<p>Institutionsvård. Vårdtid: max. sex mån. Avgiftning, AA-inspirerade föreläsningar, individuella gruppsessioner ang. beroende, förnekelse, prevention.</p>	<p>Mortalitet (SMR); klient-faktorer relaterat till utfall; skillnader mellan tvångsvårdade och frivilligt vårdade</p>	<p>Uppföljning i snitt 5,8 år efter vård med 113 personer. 35 (26 %) avlidna. Mortalitet: hela populationen 6,14, alkoholberoende 5,25, narkotikaberoende 11,08. Tvångsvårdade (alkohol) 3,57, frivilligt vårdade (alkohol) 6,88. Tvångsvårdade (narkotika) 11,0, frivilligt vårdade (narkotika) 11,12. Alkohol- och narkotikarelaterad död, självmord/våld ca hälften av överdödligheten. Klientfaktorer relaterat till utfall: Yngre tvångsvårdade personer med sämre social och psykisk status avviker oftare. Vårdtvånget som sådant ökar chansen för fullföljande ca fem gånger. Bruk efter vård: tillgång till socialt nätverk, självhjälpgrupp ökar, och social isolering minskar sannolikheten för avhållsamhet från substans efter vård. Skillnader mellan grupperna: tvångsvårdade i högre utsträckning narkotika- eller blandmissbruk, debuterat tidigare i missbruk, lägre utbildningsnivå, ej i arbete, ofta utan egen bostad.</p> <p>Konklusion: Tvångsvård är inte relaterad till ökad risk för död, snarare att institutionerna vårdar klienter med mycket svårt beroende. Institutionsvård är inte tillräckligt för total avhållsamhet från substans samt överlevnad. Tvångsvård är nödvändigt för att bryta ett destruktivt beteendemönster. Eftervårdsinsatser är nödvändiga.</p>
---	---	--	--	--

<p>O'Loughlin m.fl.; 1996; 1989–92; pre-post, multivariat; psykiatrirätt; Irland; 5/9</p>	<p>64 personer med svåra alkoholproblem. Tvångsvårdade: 32 personer, varav 12 kvinnor, medelålder 53 år, drack 28 enheter alkohol/dag, hälften någon alkoholrelaterad fysisk åkomma vid inskrivning. Frivilligt vårdade: 32 personer, medelålder 41 år, drack 18 enheter alkohol/dag, 15 % alkoholrelaterad fysisk åkomma vid inskrivning.</p>	<p>Institutionsvård. Vårdtid: mellan mindre än 20 dagar och ca 70 dagar. Max. vårdtid sex mån. med ev. förlängning till 18 mån. Vårdinnehåll framgår ej i detalj, psykiatriskt preventiv och kurativ behandling.</p>	<p>Klientfaktorer relaterat till utfall; upplevelse av hjälpsamhet av inskrivning</p>	<p>Uppföljning med 31 tvångsvårdade och 30 frivilligt vårdade. Klientfaktorer relaterat till utfall: Tvångsvårdade har äldre och svårare fysiska komplikationer relaterat till missbruket än frivilligt vårdade ($p = .001$). Upplevelse av hjälpsamhet av inskrivning: 13 av de tvångsvårdade och 23 av frivilligt vårdade upplevde hjälpsamhet av vården. Längre tid i vård ökade sannolikheten för bedömning att vården varit verksam, för båda grupperna ($p = 0,001$). Tidigare vårderfarenhet: för tvångsvårdade ej signifikant, men för frivilliga ökad sannolikhet för förbättrat utfall om personen inte vårdats tidigare än om så skett ($p = 0,001$).</p> <p>Konklusion: Längre tid i vård förbättrar prognosen för hjälpsamhet av behandling. De tvångsvårdade visade generellt sett sämre utfall än frivilligt vårdade förutsatt att de frivilligt vårdade ej vårdats tidigare, i så fall ingen skillnad. Kort tids tvångsvård inte effektivt, men fungerar sannolikt livräddande. Ingen uppgift om avvikning eller utskrivning i förtid.</p>
<p>Pasareanu m.fl.; 2015; 2009–11; pre-post, multivariat; socialrätt; Norge; 9/9</p>	<p>202 personer; alkohol- eller narkotikaberoende, varav 68 kvinnor. 65 tvångsvårdade och 137 frivilligt vårdade. Medelålder 30 år, 83 % narkotikaberoende. I snitt elva års svårt beroende, 54 % injicerade. Upplevelse av livskvalitet (QoL) i medel 0.50 av 1.0 (0.69 för normalbefolkning). 59 % under 0.55 (låg QoL) och 34 % 0.40 (extremt låg QoL) vid intag. Låg QoL förknippad med svårare psykiatrisk problembild.</p>	<p>Institutionsvård. Vårdtid, i snitt: 65 dagar för tvångsvårdade och 57 dagar för frivilligt vårdade. Vårdinnehåll: avgiftning, somatisk vård, psykiatrisk behandling, läkemedelsbehandling, kognitiv miljöterapi samt individuellt motivationsarbete.</p>	<p>Ökning av upplevelse av livskvalitet (QoL)</p>	<p>Sex mån. efter vård, 118 personer. Totalt, båda grupperna, visade 58 % positiv förändring av sin upplevelse av livskvalitet (QoL). För 31 personer (26 %) stor ökning med mer än 0.20. Moderat ökning för 23 (19 %), 0.10–0.19 ökning. Liten ökning, åtta personer, eller mycket liten, sju personer. För 49 personer (42 %) ingen skillnad eller försämring. Ingen skillnad mellan grupperna, odds för ökning av QoL efter vård var 1.28. Den enda faktor som tyder på förbättrat utfall var kvinnligt kön ($OR = 2.64$). Ej skillnader mellan de som ej nåddes vid uppföljning och de som ingick i fråga om problemtyngd eller tid i vård. Ingen särskild uppgift om avvikning eller utskrivning i förtid.</p> <p>Konklusion: Specialiserad vård förbättrar upplevelsen av livskvalitet hos svårt beroende patienter. Förvånande att drogfrihet ej relaterat till förbättrad QoL.</p>

<p>Pasareanu m.fl.; 2016; 2009–11; pre-post, multivariat; socialrätt; Norge; 9/9</p>	<p>202 personer; alkohol- eller narkotikaberoende, varav 68 kvinnor. 65 personer tvångsvårdade och 137 frivilligt vårdade. Medelålder 30 år, 83 % narkotikaberoende. I snitt 11 års svårt beroende, 54 % injicerade.</p>	<p>Institutionsvård. Vårdtid: i snitt: 65 dagar för tvångsvårdade och 57 dagar för frivilligt vårdade. Vårdinnehåll: avgiftning, somatisk vård, psykiatrisk behandling, läkemedelsbehandling, kognitiv miljöterapi samt individuellt motivationsarbete.</p>	<p>Återfall i drogbruk efter vård</p> <p>Vilka faktorer som är relaterade till förbättring och drogfrihet</p>	<p>Sex mån. efter vård 123 personer, varav 51 tvångsvårdade och 72 frivilligt vårdade. Reduktion av injektionsbruk: tvångsvårdade 10 % reduktion från 71 % vid intag, frivilligt vårdade 16 % reduktion från 47 % vid intag. Injicering: 61 % av tvångsvårdade och 31 % av frivilligt vårdade injicerade vid uppföljning. Sannolikheten större för att tvångsvårdade injicerade (OR = 3.38). Sannolikheten för överdos var högre bland tvångsvårdade än frivilligt vårdade (OR = 19.25). Ej skillnad mellan de som ej nåddes vid uppföljning och de som ingick i fråga om problemtynghet eller tid i vård. Ingen särskild uppgift om avvikning eller utskrivning i förtid.</p> <p>Konklusion: Ej injektionsbruk före vård, egen motivation och frivillig vård är positivt associerat till drogfrihet. Specialiserad vård ger förbättring för båda grupperna, men frivilligt vårdade uppnår det i högre grad. Men tvångsvårdade förbättrades vilket tas som intäkt för att vården fungerar och är nödvändig, dvs. i motsats till ingen vård alls.</p>
<p>Prendergast m.fl.; 2002; 1999–2000; pre-post, multivariat; straffrätt; USA; 6/9</p>	<p>100 personer; alkohol eller narkotika. 60 ansåg sig tvingade och 40 ansåg att de ingått vård frivilligt oavsett den faktiskt tvingande omständigheten. Tvångsvårdade: medelålder 36 år, 43 % ogifta, 45 % i arbete, 63 % tidigare vårderfarenhet, 45 % bruk senaste sex mån. Frivilligt vårdade: medelålder 39 år, 30 % ogifta, 40 % i arbete, 37 % tidigare vårderfarenhet, 39 % bruk senaste sex mån.</p>	<p>Vård i särskild enhet i fängelse, avskilt från andra interner under minst sex till 18 mån. Därefter öppenvård resterande del av straffet. Vårdinnehåll: grundat i idén om terapeutiskt samhälle (Walden/Phoenix House), minst 20 tim./vecka i beroendefrågor och minst tio tim. i andra aktiviteter.</p>	<p>Uppskattning av förbättrad psykologisk och social funktion (minskad depression och ångest, bättre självkänsla etc.)</p>	<p>Uppföljning när klienterna villkorligt frigavs (öppenvård). Båda grupperna upplevde lika stora positiva förändringar i social och psykologisk funktion. Ingen särskild uppgift om avvikning eller utskrivning i förtid. Tvångsvårdade visade i något högre grad förbättringar, men med kontroll för andra bakomliggande faktorer fanns ingen signifikant skillnad mellan grupperna.</p> <p>Konklusion: Tvångsvård möjliggör att få personer som är i behov av vård in i vård, och få dem att stanna tillräckligt länge för att få dem att bli engagerade i sin egen förändringsprocess. Men avgörande för förbättring är klienternas egen motivation och engagemang i vården, inte om det sker genom tvång eller på frivillig väg.</p>

<p>Sallmén; 1996; 1990–92; pre-post, multivariat; socialrätt; Sverige; 9/9</p>	<p>73 män och 21 kvinnor med svåra alkoholproblem. 58 tvångsvårdades och 44 vårdades frivilligt. Någon typ av psykiatrisk samsjuklighet ca 78 %.</p>	<p>Institutionsvård. Vårdtid i snitt: tvångsvårdade fem och en halv månad och frivilligt vårdade fyra månader; Vårdinnehåll: kontaktmannaskap, individuell terapi och gruppterapi, utbildning och stresshantering.</p>	<p>Mortalitet, alkoholbruk</p>	<p>Uppföljning av 94 personer 18 mån. efter vård, varav 22 avlidna och två onåbara. Ingen särskild uppgift om avvikning eller utskrivning i förtid. Totalt 24 % döda, 17 % minskat drickande i jämförelse med före vård, 4 % dricker inte alls och 5 % ej mer än 21 dagars drickande efter vård vid uppföljning. Mortalitet 1,7 gånger högre än förväntat. Social stabilitet (bostad, partner, arbete) var starkaste faktorn för nykterhet och överlevnad ($p = .001$). Vårdform, dvs. tvångsvård eller frivillig vård, ej relaterad till mortalitet eller alkoholbruk.</p> <p>Konklusion: Studien aktualiserar vikten av att det finns tillgång till effektiv eftervård, där fokus bör ligga på personens sociala situation, efter institutionsvård.</p>
<p>Vaillant; 1966a, b; 1952/1953–65; post; straffrätt; USA; 7/9</p>	<p>Totalt 625 män; narkotika. Fyra grupper: 1) 270 frivilligt vårdade, 2) 279 tvångsvårdade + kort fängelsestraff (< 9 mån.) och ej övervakade, 3) 46 tvångsvårdade + fängelse och kort tids övervakning, och 4) 30 tvångsvårdade + fängelse samt minst ett års övervakning. Medelålder 25 år. Beroende ca två år. 46 % tidigare arresteringar. 95 % i behov av metadon under avgiftning.</p>	<p>Institutionsvård; avgiftning (Lexington).</p>	<p>Återfall i bruk, social anpassning</p>	<p>Uppföljning 12 år efter vård med 100 personer, varav 75 % frivilligt vårdade och 25 % tvångsvårdade. Av de 100 vårdade återföll 90 % i bruk någon gång efter vård och 92 % dömdes till fängelse vid något tillfälle. Vid uppföljning, eller senaste kontakt innan personen avled, var 46 % drogfria och anpassade till samhället. 30 % var drogfria tre till 12 år. Resultaten för återfall i bruk för tvångsvårdade med längre tids övervakning efter vård var klart bättre än för frivilligt vårdade, 96 % av frivilligt vårdade återföll mot 67 % för dömda med längre tids övervakning. Ingen särskild uppgift om avvikning eller utskrivning i förtid.</p> <p>Konklusion: Längre tids övervakning (konstruktiv påtryckning) efter tvångsvård ökar chanserna för drogfrihet.</p>

Referenser – inkluderade publikationer

- Anderson, M. (1978). Treatment in an alcoholism and drug addiction unit. *The New Zealand Medical Journal*, 620(88), 233–237.
- Anglin, M. D. (1988). The efficacy of civil commitment in treating narcotic addiction. I: Leukefeld, C. G. & Tims, F. M. (Red.), *Compulsory treatment of drug abuse: research and clinical practice*. National Institute on Drug Abuse (NIDA). *Research Monograph Series*, 86, 35–56. Washington DC: US Government Printing Office.
- Balthazard-Olette, S. & Laugier, C. (2014). Hospitalisation sous contrainte versus hospitalisation libre et addiction à l'alcool: influence sur le devenir des patients. *Alcoologie et Addictologie*, 36(4), 293–305.
- Bergmark, A. (2004). *Tvångsvårdens utfall – en uppföljning av missbrukare vårdade med stöd av LVM*. I: Forskningsrapporter, Bilagedel till LVM-utredningens betänkande Tvång och förändring, Statens offentliga utredningar (SOU 2004:3), s. 477–487.
- Bergmark, Å. (1994). Överdödlighet och upprepade LVM-domar bland tvångsvårdade missbrukare. *Socialmedicinsk tidskrift*, 10, 474–479.
- Bjerver, K. (1972). An evaluation of compulsive treatment programs for alcoholic patients in Stockholm with particular reference to longitudinal development, epidemiological aspects and patient morbidity. *Obscure Medica*, suppl. 25.
- Bourquin-Tieche, D., Besson, J., Lambert, H. & Yersin, B. (2001). Involuntary treatment of alcohol-dependent patients: a study of 17 consecutive cases of civil commitment. *European Addiction Research*, 7, 48–55.
- Brecht, M.-L., Anglin, M. D., Wang, J.-C. (1993). Treatment effectiveness for legally coerced versus voluntary methadone maintenance clients. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 19(1), 89–106.
- Broadstock, M., Brinson, D., Weston, A. (2008). *The effectiveness of compulsory, residential treatment of chronic alcohol or drug addiction in non-offenders. A systematic review of the literature*. HSAC Report 2008:1. University of Canterbury, New Zealand: Health Services Assessment Collaboration (HSAC).

- Clark, C., Young, M. S. (2009). Outcomes of mandated treatment for women with histories of abuse and co-occurring disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 37, 346–352.
- Copeland, J., Maxwell, C. J. (2007). Cannabis treatment outcomes among legally coerced and non-coerced adults. *BMC Public Health*, 7(1), 111–121.
- Dahlgren, K.-G. (1951). On death rates and causes of death in alcohol addicts. *Acta Psychiatrica et Neurologica Scandinavica*, 26(3–4), 297–311.
- Dekker, J., O'Brien, K., Smith, N. (2010). *An evaluation of the compulsory drug treatment program (CDTP)*. NSW Bureau of Crime Statistics and Research. Sydney, Australia: Department of Justice and Attorney General.
- Ditman, K. S., Crawford, G. G., Forgy, E. W., Moskowitz, H. & MacAndrew, C. (1967). A controlled experiment on the use of court probation for drunk arrests. *American Journal of Psychiatry*, 124(2), 160–163.
- Dore, G., Sinclair, B. & Murray, R. (2015). Treatment resistant and resistant to treatment? Evaluation of 40 alcohol dependent patients admitted for involuntary treatment. *Alcohol and Alcoholism*, 51(3), 291–295.
- Duong, D. K., Rathlev, N. K., McGrath, M. E., White, F. L. & Mitchell, P. (2012). Does mandatory inpatient alcohol detoxification reduce emergency department recidivism, hospital admissions and emergency medical services transports for patients with chronic severe alcohol dependence? *The Journal of Emergency Medicine*, 43(5), 883–888.
- Duvall, H. J., Locke, B. Z. & Brill, L. (1963). Follow-up study of narcotic drug addicts five years after hospitalization. *Public Health Report*, 78(3), 185–193.
- Fagan, R. W. & Magnusson Fagan, N. (1982). The impact of legal coercion on the treatment of alcoholism. *Journal of Drug Issues*, 12, 103–114.
- Fridell, M., Billsten, J., Jansson, I. & Amylon, R. (2009). *Femårsuppföljning: kvinnor vårdade vid Lundens ungdomshem och LVM-hem*. FoU-enheten, 1/09. Statens institutionsstyrelse.
- Gallant, M. D., Faulkner, M.-A., Stoy, B., Bishop, M. P. & Langdon, D. (1968b). Enforced clinic treatment of paroled criminal alcoholics: A pilot evaluation. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 25, 77–83.

- Gerdner, A., Furuholm, P.-E. & Berglund, M. (1997). Abscondence and length of treatment in locked wards for compulsorily committed alcoholics in relation to treatment program and legal changes. *Scandinavian Journal of Social Welfare*, 6, 310–316.
- Gerdner, A. (2004a). *Utfall av LVM-vård – Översikt och syntes av hittillsvarande studier*. I: Forskningsrapporter, Bilagedel till LVM-utredningens betänkande Tvång och förändring, SOU 2004:3, Socialdepartementet, s. 303–414.
- Gerdner, A. (2004b). *LVM-vårdens genomförande, utfall och effekt – En kontrollerad registerstudie i Jämtland*. I: Forskningsrapporter, Bilagedel till LVM-utredningens betänkande Tvång och förändring, SOU 2004:3, Socialdepartementet, s. 415–476.
- Hiller, L. M., Knight, K., Simpson, D. D. (2006). Recidivism following mandated residential substance abuse treatment for felony probationers. *The Prison Journal*, 86(2), 230–241.
- Hunt, G. H. & Odoroff, E. M. (1962). Followup study of narcotic drug addicts after hospitalization. *Public Health Report*, 77(1), 41–54.
- Kelly, F. J., Finney, W. J. & Moos, R. (2005). Substance use disorder patients who are mandated to treatment – characteristics, treatment process and 1- and 5-years outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28, 213–223.
- Kopak, M. A., Proctor, L. S. & Hoffmann, G. N. (2015). Pathways to rearrest among court mandated female substance use treatment patients. *The American Journal on Addictions*, 24, 495–498.
- Kopak, M. A., Hoffmann, G. N. & Proctor, L. S. (2016). Key risk factors for relapse and rearrest among substance use treatment patients involved in the criminal justice system. *American Journal of Criminal Justice*, 41, 14–30.
- Larsson, J. & Segraeus, V. (2008). Tvångsvårdade och frivilligt vårdade män – en komparativ studie vid fem SiS-institutioner. *Nordisk Alkohol- och Narkotikatidskrift*, 25, 187–204.
- Larsson, J. & Leiniö, T.-L. (2012). *Beskrivning och 12-månaders registeruppföljning av vuxna klienter intagna på SiS institutioner 1999–2003*. Institutionsvård i fokus, 3/12. Statens institutionsstyrelse.
- Maddux, F. J. (1988). *Clinical experience with civil commitment*. I: Leukefeld, C. G. & Tims, F. M. (Red.), *Compulsory treatment of drug abuse: Research and clinical practice*. National Institute on Drug Abuse (NIDA). *Research Monograph Series*, 86, 35–56. Washington DC: US Government Printing Office.

- Moghanibashi-Mansourieh, A., Fathi, M., Barati Sedehm, F. & Eslamian, A. (2017). Systematic review on the effectiveness of compulsory treatment interventions in addicts. *Quarterly Journal of Research on Addiction, 11*(42).
- Möller, K., Gerdner, A. & Oscarsson, A. (1998). *Rällsögården – 40 års verksamhet vid ett behandlingshem för vuxna missbrukare*. SiS följer upp och utvecklar, 1/98. Statens institutionsstyrelse.
- O’Loughlin, F. & Webb, M. (1996). Controlled assessment of alcoholics admitted involuntarily to a general psychiatric hospital. *Irish Journal of Psychological Medicine, 13*(4), 140–143.
- Pacheco-Ferreira, A., Costa-Assumpção Silva, P-M., Rodrigues-Godinho, M., de Carvalho-Erthal R. M., Barros de Oliveira, M. H., Besserman-Vianna M. (2019). Internación compulsiva de usuarios de crack para el tratamiento de la dependencia: una revisión sistemática de la literatura. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud, 17*(1), 113–124.
- Pasareanu, R. A., Opsal, A., Vederhus, J.-K., Kristensen, Ø. & Clausen, T. (2015). Quality of life improved following in-patient substance use disorder treatment. *Health and Quality of Life Outcomes, 13*, 35.
- Pasareanu, R. A., Vederhus, J.-K., Opsal, A., Kristensen, Ø. & Clausen, T. (2016). Improved drug-use patterns at 6 months post-discharge from inpatient substance use disorder treatment. Results from compulsory and voluntary treated. *BMC Health Service Research, 16*, 291.
- Poikolainen, K. & Säilä, S.-L. (1986). Drunkenness arrests – predictors of recurrence and effect of detoxication treatment. *Journal of Studies on Alcohol, 47*(5), 409–412.
- Prendergast, L. M., Farabee, D. & Henkin, S. (2002). Involuntary treatment within a prison setting – impact on psychosocial change during treatment. *Criminal Justice and Behavior, 29*(1), 5–26.
- Reitan, T. (2019). Substance abuse during pregnancy: a 5-year follow-up of mothers and children. *Drugs: Education, Prevention and Policy, 26*(3), 219–228.
- Roubini, A., Drapier, D., Millet, B. (2003). L’hospitalisation des alcooliques sans leur consentement. *Alcoologie et Addictologie, 25*(2), 113–116.
- Sallmén, B. & Berglund, M. (1996). Eighteen-months follow-up of alcoholics in a coerced care setting. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 20*(2), 77.

- Strauss, M. S. & Falkin, P. G. (2001). The first week after drug treatment – the influence of treatment on drug use among women offenders. *American Journal on Drug Abuse*, 27(2), 241–264.
- Vaillant, E. G. (1966a). A twelve-year follow up of New York addicts: 1. The relation of treatment to outcome. *American Journal of Psychiatry*, 122, 727–737.
- Vaillant, E. G. (1966b). The role of compulsory supervision in the treatment of addiction. *Federal Probation*, 30, 53–59.
- Walker, R., Cole, J. & Logan, T. K. (2008). Identifying client-level indicators of recovery among DUI, criminal justice and non-criminal justice treatment referrals. *Substance Use & Misuse*, 43, 1785–1801.
- Ward, A. D. (1979). The use of legal coercion in the treatment of alcoholism – a methodological review. *Journal of Drug Issues*, 9, 387–398.
- Vaughn, S. M., Deng, F. & Lee, L.-J. (2003). Evaluating a prison-based drug treatment program in Taiwan. *Journal of Drug Issues*, 33(2), 357–383.
- Werb, D., Kamarulzaman, A., Meacham, M. C., Rafful, C., Fisher, B. & Strathdee, S. A. (2016). The effectiveness of compulsory drug treatment – a systematic review. *International Journal of Drug Policy*, 28, 1–9.
- Wild, T. C., Roberts, B. A. & Cooper, L. E. (2002). Compulsory substance abuse treatment – an overview of recent findings and issues. *European Addiction Research*, 8, 84–93.

Referenser

- Anglin, M. D. (1988). The efficacy of civil commitment in treating narcotics addiction. *Journal of Drug Issues*, 18(4), 527–545.
- Anglin, D., Nosyk, B., Jaffe, A., Urada, D., Evans, E. (2013). Offender diversion into substance use disorder treatment: The economic impact of California's proposition 36. *American Journal of Public Health*, 103(6), 1096-1102.
- Bavon, A. (2001). The effect of the Tarrant County drug court project on recidivism. *Evaluation and Program Planning*, 24, 13–22.
- Belenko, S. (2001). *Research on drug courts: A critical review 2001 update*. New York: The National Center on Addiction and Substance Abuse.
- Belenko, S., Foltz, C., Lang, M., Sung, H.-E. (2004). Recidivism among high-risk drug felons. *Journal of Offender Rehabilitation*, 40(1-2), 105–132.
- Berglund, M. (1988). Alcoholics committed to treatment: a prospective long-term study of behavioral characteristics, mortality and social adjustment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 12(1), 19–24.
- Berkowitz, G., Brindis, C., Clayson, Z., Peterson, S. (1996). Options for recovery: Promoting success among women mandated to treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 28, 31–38.
- Broadstock, M., Brinson, D., Weston, A. (2008). *The effectiveness of compulsory, residential treatment of chronic alcohol or drug addiction in non-offenders. A systematic review of the literature*. HSAC Report 2008:1. University of Canterbury, New Zealand: Health Services Assessment Collaboration (HSAC).
- Burke, A., Gregoire, T. (2007). Substance abuse treatment outcomes for coerced and non-coerced clients. *Health & Social Work*, 32, 1.
- Caplan, A. L. (2006). Ethical issues surrounding forced, mandated or coerced treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31, 117–120.
- Chandler, R., Fletcher, B., Volkow, N. (2009). Treating drug abuse and addiction in the criminal justice system: Improving public health and safety. *JAMA*, 14; 301(2), 183–190.

- Cochrane Collaboration. (2018). Cochrane handbook for systematic reviews of interventions. <http://handbook-5-1.cochrane.org/>
- de Smidt, G. A., & Gorey, K. M. (1997). Unpublished social work research: Systematic replication of a recent meta-analysis of published intervention effectiveness research. *Social Work Research, 21*, 58–62.
- Desland, M. L. (1994). A 12-month prospective comparison of court-diverted with self-referred heroin users. *Drug and Alcohol Review, 11*, 121–129.
- Dore, G., Sinclair, B., Murray, R. (2015). Treatment resistant and resistant to treatment? Evaluation of 40 alcohol dependent patients admitted for involuntary treatment. *Alcohol and Alcoholism, 51*(3), 291–295.
- Downs, S., Black, N. (1998). The feasibility of creating a checklist for the assessment of the methodological quality both of randomised and non-randomised studies of health care interventions. *Journal of Epidemiology and Community Health, 52*, 377–384.
- Fairbairn, N., Hayashi, K., Ti, L., Kaplan, K., Suwannawong, P., Wood, E. & Kerr, T. (2014). Compulsory drug detention and injection drug use cessation and relapse in Bangkok, Thailand. *Drug and Alcohol Review, 34*, 74–81.
- Farabee, D., Prendergast, M., Anglin, D. (1998). The effectiveness of coerced treatment for drug-abusing offenders. *Federal Probation, 62*, 1.
- Farabee, D., Leukefeld, C. G. (2001). Recovery and the criminal justice system. I: Frank, M. T., Leukefeld, C. G., Platt, J. J., (Red.), *Relapse and Recovery in Addiction*, s. 40–59. London: Yale University Press.
- Fugelstad, A., Ågren, G., Romelsjö A. (1998). Changes in mortality, arrests, and hospitalizations in non-voluntarily treated heroin addicts in relation to methadone treatment. *Substance Use & Misuse, 33*, 2803–2817.
- Fulkerson, A., Keena, L., O'Brien, E. (2012). Understanding success and nonsuccess in the drug court. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 57*(10), 1297–1316.
- Fulton Hora, P. (2002). A dozen years of drug treatment courts: Uncovering our theoretical foundation and the construction of a mainstream paradigm. *Substance Use & Misuse, 37*(12–13), 1469–1488.
- Fulton Hora, P., Schma, W., Rosenthal, J. (1999). Therapeutic jurisprudence and the drug treatment court movement: Revolutionizing the criminal justice system's response to drug abuse and crime in America. *Notre Dame Law Review, 74*(2), 439–538.

- Gallant, M. D., Bishop, M. P., Faulkner, M.-A., Simpson, L., Cooper, A., Lathrop, D., Brisolara, A. M., Bossetta, J. R. (1968a). A comparative evaluation of compulsory (group therapy and/or Antabuse) and voluntary treatment of the chronic alcoholic municipal court offender. *Psychosomatics*, 9, 306–310.
- Gallant, D. M. (1971). Evaluation of compulsory treatment of the alcoholic municipal court offender. I: Mello, N. K. & Mendelson, J. H. (Red.), *Recent advances in studies of alcoholism*, s. 806-823. Washington DC: US Government Printing Office.
- Gallant, D. M., Bishop, M. D., Mouledoux, A., Faulkner, M.-A., Brisolara, A., Swanson, W. A. (1973). The revolving-door alcoholic: An impasse in the treatment of the chronic alcoholic. *Archives of General Psychiatry*, 28, 633–635.
- Gerdner, A. (1998). *Compulsory treatment for alcohol use disorders – clinical and methodological studies of treatment outcome*. Doktorsavhandling. Malmö: Avdelningen för klinisk alkoholforskning, Lunds universitet.
- Gerdner, A. (2004). *Utfall av LVM-vård – översikt och syntes av hittillsvarande studier*. I Bilagedel till LVM-utredningens betänkande Tvång och förändring, SOU 2004:3, s. 303-414. Stockholm: Socialdepartementet.
- Gostin, L. O. (1991). Compulsory treatment for drug-dependent persons: justifications for a public health approach to drug dependency. *The Milbank Quarterly*, 69(4), 561–593.
- Hall, W. (1997). The role of legal coercion in the treatment of offenders with alcohol and heroin problems. *The Australian and New Zealand Journal of Criminology*, 30, 103–120.
- Hall, W., Babor, T., Griffith, E., Laranjera, R., Marsden, J., Miller, P., Obot, I., Petry, N., Thamarang, T., West, R. (2012). Compulsory detention, forced detoxification and enforced labour are not ethically acceptable or effective ways to treat addiction. *Addiction*, 107, 1891–1893.
- Harrison, L., Scarpitti, F. (2002). Introduction: progress and issues in drug treatment courts. *Substance Use & Misuse*, 37(12-13), 1441-1467.
- Heale, P. (2001). A process evaluation of the CREDIT (Court Referral and Evaluation for Drug Intervention and Treatment) pilot programme. *Drug and Alcohol Review*, 20, 223–230.
- Huang, K., Zhang, L., Liu, J. (2011). Drug problems in contemporary China: A profile of Chinese drug users in a metropolitan area. *International Journal of Drug Policy*, 22(2), 128–132.

- Israelsson, M. (2011). Welfare, temperance and compulsory commitment to care for persons with substance misuse problems: a comparative study of 38 European countries. *European Addiction Research*, 17(6), 329–341.
- Israelsson, M., Gerdner, A. (2010). Compulsory commitment to care of substance misusers – A worldwide comparative analysis of the legislation. *The Open Addiction Journal*, 3, 117–130.
- Israelsson, M., Nordlöf, K., Gerdner, A. (2015). European laws on compulsory commitment to care of persons suffering from substance use disorders or misuse problems: a comparative review from a human and civil rights perspective. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 10(34), 1–12.
- Jansson, I., Hesse, M., Fridell, M. (2008). Influence of personality disorder features on social functioning in substance-abusing women five years after compulsive residential treatment. *European Addiction Research*, 15(1), 25–31.
- Jurgens, R., Csete, J. (2012). In the name of treatment: ending abuses in compulsory drug detention centers. *Addiction*, 107, 689–691.
- Klag, S., O’Callaghan, F., Creed, P. (2005). The use of legal coercion in the treatment of substance abusers: An overview and critical analysis of thirty years of research. *Substance Use & Misuse*, 40(12), 1777–1795.
- Knight, K., Farabee, D. (2004). *Treating addicted offenders: A continuum of effective practices*. Kingston, NJ: Civic Research Institute.
- Lander, F., Gray, D., Wilkes, E. (2015). The Alcohol Mandatory Treatment Act: evidence, ethics and the law. *Ethics and Law. Medical Journal of Australia*, 203(1), 47–50.
- Langenauer, B. J., Bowden, C. L. (1971). A followup study of narcotic addicts in the NARA program. *American Journal of Psychiatry*, 128, 41–46.
- Latimer, J., Morton-Bourgon, K., & Chretien, J. (2006). *A meta-analytic examination of drug treatment courts: Do they reduce recidivism?* Canada Department of Justice, Research & Statistics Division.
- Lindquist, C. H., Krebs, C. P., Lattimore, P. K. (2006). Sanctions and rewards in drug court programs: Implementation, perceived efficacy, and decision making. *Journal of Drug Issues*, 36, 119–146.
- Littell, J., Corcoran, J., Pillai, V. (2008). *Systematic reviews and meta-analysis*. Oxford: Oxford University Press.

- Loneck, B., Garrett, J. A., Banks, S. M. (1996). The Johnson Intervention and relapse during outpatient treatment. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 22(3), 363–375.
- McMurran, M. (2007). What works in substance misuse treatments for offenders? *Criminal Behaviour and Mental Health*, 17, 225–233.
- Mendoza, S. N., Trinidad, R. J., Nochajski, H. T., Farrell, C. M. (2013). Symptoms of depression and successful drug court completion. *Community Mental Health Journal*, 49(6), 787–792.
- Miller, N., Flaherty, J. (2000). Effectiveness of coerced addiction treatment (alternative consequences). A review of the clinical research. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18, 9–16.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., The PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Medicine*, 6(7), 1006–1012
- Nace, E., Birkmayer, F., Sullivan, M., Galanter, M., Fromson, J., Frances, R., Levin, F., Lewis, C., Suchinsky, R., Tamerin, J., Westermeyer, J. (2007). Socially sanctioned coercion mechanisms for addiction treatment. *The American Journal on Addictions*, 16, 15–23.
- Oreskovic, A., Bodor, D., Mimica, N., Zeljko, M., Glavina, T. (2013). Coerced addiction treatment: How, when and whom? *Alcoholism*, 49(2), 107–114.
- Porter, L., Arif, A. E., Curran, W. J. (1986). *The law and the treatment of drug and alcohol-dependent persons – a comparative study of existing legislation*. Geneva: WHO.
- Porter, L., Argandoña, M., Curran, W. J. (1999). *Drug and alcohol dependence policies, legislation and programmes for treatment and rehabilitation*. Geneva: WHO, Substance Abuse Department, Social Change and Mental Health.
- Prendergast, M., Farabee, D., Cartier, J., Henkin, S. (2002). Involuntary treatment within a prison setting. Impact on psychosocial change during treatment. *Criminal Justice and Behavior*, 29(1), 5–26.
- Pritchard, E., Mugavin, J., & Swan, A. (2007). *Compulsory treatment in Australia: a discussion paper on the compulsory treatment of individuals dependent on alcohol and/or other drugs*. Canberra: Australian National Council on Drugs.

- Room, R. (2010). Alcohol and drug treatment systems: What is meant, and what determines their development. *Nordic Studies on Alcohol & Drugs*, 27(6), 575–579.
- Rengifo, A. F., Stemen, D. (2010). The impact of drug treatment on recidivism: Do mandatory programs make a difference? Evidence from Kansas's Senate Bill 123. *Crime & Delinquency*.
- Rosenberg, C., Liftik, J. (1976). Use of coercion in the outpatient treatment of alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol*, 37, 58–62.
- Rosenthal, M. P. (1988). The constitutionality of involuntary civil commitment of opiate addicts. *Journal of Drug Issues*, 18, 641–622.
- Seddon, T. (2007). Coerced drug treatment in the criminal justice system: Conceptual, ethical and criminological issues. *Criminology and Criminal Justice*, 7(3), 269–286.
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2018). Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten. <https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok.pdf>
- Stephens, R., Cottrell, E. (1972). A followup study of 200 narcotic addicts committed for treatment under the Narcotic Addict Rehabilitation Act (NARA). *British Journal of Addiction*, 67, 45–53.
- Stevens, A., Berto, D., Heckmann, W., Kersch, V., Oeuvray, K., van Ooyen, M., Steffan, E., Uchtenhagen, A. (2005). Quasi-compulsory treatment of drug dependent offenders: An international literature review. *Substance Use & Misuse*, 40(3), 269–283.
- Strauss, S., Falkin, G. (2001). The first week after drug treatment: The influence of treatment on drug use among women offenders. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27(2), 241–264.
- Sun, B., Ye, Y., Qin, L. (2001). An analysis of relapse factors of 615 heroin addicts. *Chinese Journal of Drug Dependence*, 10(3), 214–21.
- Sullivan, M., Birkmayer, F., Boyarsky, B., Frances, R., Fromson, J., Galanter, M., Levin, F., Lewis, C., Nace, E., Suchinsky, R., Tamerin, J., Tolliver, B., Westermeyer, J. (2008). Uses of coercion in addiction treatment: Clinical aspects. *The American Journal on Addictions*, 17, 36–47.
- Swan, A., & Alberti, S. (2004). *The Alcoholics and Drug-Dependent Persons Act (ADDPA) 1968: A review*. Melbourne: Turning Point Alcohol and Drug Centre, Department of Human Services, State of Victoria.

- Tiger, R. (2011). Drug courts and the logic of coerced treatment. *Sociological Forum*, 26(1), 169–182.
- Hall, W. (1997). The role of legal coercion in the treatment of offenders with alcohol and heroin problems. *The Australian and New Zealand Journal of Criminology*, 30, 103–120.
- Weisner, C. (1990). The alcohol treatment-seeking process from a problems perspective: responses to events. *British Journal of Addiction*, 85(4), 561–569.
- Wild, T. C., Roberts, A. B., & Cooper, E. L. (2002). Compulsory substance abuse treatment: An overview of recent findings and issues. *European Addiction Research*, 8(2), 84–93.
- Wild, C., Yuan, Y., Rush, B., Urbanoski, K. (2016). Client engagement in legally-mandated addiction treatment: A prospective study using self-determination theory. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 69, 35–43.
- Vito, G. F. (1998). The impact of treatment: The Jefferson County (Kentucky) drug court program. *Federal Probation Journal*, 62, 46–51.
- Wells, G. A., Shea, B., O'Connell, D., Peterson, J., Welch, V., Losos, M., Tugwell, P. (2020). The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses. http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp
- Werb, D., Kamarulzaman, A., Meacham, M. C., Rafful, C., Fisher, B. & Strathdee, S. A. (2016). The effectiveness of compulsory drug treatment – a systematic review. *International Journal of Drug Policy*, 28, 1–9.
- Young, D. (2002). Impacts of perceived legal pressure on retention in drug treatment. *Criminal Justice and Behavior*, 29(1), 27–55.

Bilagor

Bilaga I

Mall för kvalitetsgranskning av tidigare översiktsstudier (AMSTAR)

Författare:

Resultat =

1. Redovisas en förutbestämd metod för genomförandet? Dvs. är forskningsfråga och inklusionskriterierna fastställda innan genomförande?

Ja Nej Kan ej Ej tillämpligt

2. Urval och extraktion av två oberoende granskare?

Ja Nej Kan ej Ej tillämpligt

3. Sökningen av tillfredsställande omfattning? Dvs. finns minst två databaser? År, mesh, sökstrategi?

Ja Nej Kan ej Ej tillämpligt

4. Finns förteckningar över exkluderade/inkluderade?

Ja Nej Kan ej Ej tillämpligt

5. Har inkluderade studiers karaktäristika och resultat redovisats? Dvs. patientkaraktäristika, såsom ålder, etnicitet, kön, relevanta socioekonomiska data, sjukdomstillstånd, varaktighet och svårighetsgrad bör anges i rapporten. Uppgift om deltagarna, åtgärd/behandling och utfall bör presenteras, t.ex. i tabell.

Ja Nej Kan ej Ej tillämpligt

6. Har den vetenskapliga kvaliteten hos ingående studier värderats och dokumenterats? Dvs. finns förutbestämd metod för kvalitetsvärderingen angiven? För effektstudier bör exempelvis framgå om författarna valt att bara ta med randomiserade, dubbelblindade studier med kontrollgrupper som får placebo.

Ja Nej Kan ej Ej tillämpligt

7. Har vederbörlig hänsyn tagits till de inkluderade studiernas vetenskapliga kvalitet vid formulering av slutsatser? Dvs. utvärderingen av metodologisk stringens och vetenskaplig kvalitet ska framgå i översiktens analys och dess slutsatser, och tydligt anges vid utformning av rekommendationer.

Ja Nej Kan ej Ej tillämpligt

Bilaga 2

Mall för kvalitetsbedömning av primärstudier

1. Är syftet med studien tydligt beskrivet?

Ja (1 p)

Nej (0 p)

2. Är karaktäristika (kön, ålder [eller i medelvärde], substans [alkohol eller narkotika], social situation) av de inkluderade vårdade tillfredsställande beskrivna?

Ja (1 p)

Nej (0 p)

Går ej att fastställa (0 p)

3. Är interventionen/vården tillfredsställande beskriven?

Ja (1 p)

Nej (0 p)

Går ej att fastställa (0 p)

4. Var de vårdade representativa för populationen som vårdas med tvång för missbruks- och beroendeproblem?

Ja (1 p)

Nej (0 p)

Går ej att fastställa (0 p)

5. Var personal, klinik eller liknande inrättning där personerna vårdades representativa för majoriteten av personer med missbruks- och beroendeproblem som vårdas med tvång?

Ja (1 p)

Nej (0 p)

Går ej att fastställa (0 p)

6. Tiden för uppföljning var minst sex månader eller mer.

Ja (1 p)

Nej (0 p)

Går ej att fastställa (0 p)

7. Den angivna perioden för uppföljning beaktas, dvs. resultaten är inte relaterade till en kortare observationstid, både för inkluderade vårdade och ev. kontrollgrupp.

Ja (1 p)

Nej (0 p)

Går ej att fastställa (0 p)

8. Tillämpades lämpligt statistiskt mått för effekt eller samband (t.ex. RR eller OR)?

Ja (1 p)

Nej (0 p)

Går ej att fastställa (0 p)

9. Har antalet vårdade *lost to follow-up* hanterats (bortfallet angivet, bortfallsstudie som säkrat eller medgivit justering av resultatet)?

Ja (1 p)

Nej (0 p)

Går ej att fastställa (0 p)

Studier med färre än fem av nio kriterier uppfyllda exkluderas.

Författarpresentation



Magnus Israelsson är socionom, doktor i socialt arbete samt lektor vid Institutionen för Psykologi och Socialt arbete, Mittuniversitetet. Hans forskningsområde gäller bland annat etiska och juridiska aspekter av lagstiftning om tvångsvård för personer med substansbrukssyndrom. Han är också engagerad i andra forskningsfält i socialt arbete såsom effekter av digitalisering i människonära arbete.

Kunskapen om utfallet av tvångsvård för vuxna personer med allvarligt och skadligt alkohol- och substansbruk är relativt begränsad, eftersom forskningsstudiers metoddesigner leder till svårigheter i att mäta effektivitet. Syftet med den genomförda studien var därför att sammanställa forskning om tvångsvård för vuxna personer allvarligt och skadligt alkohol- och substansbruk gällande utfall samt genomförbarhet av sådan vård. Vidare var syftet att undersöka om eventuell förbättring är relaterad till lagtyp, tvångsvårdens utformning eller vårdens varaktighet och om rapporteringen av utfall av tvångsvård har förändrats över tid. En systematisk litteraturöversikt genomfördes där sju elektroniska databaser genomsöktes efter tidigare forskningsstudier gällande utfall av lagstadgad tvångsvård. Totalt inkluderades nio översiktsstudier och 40 primärstudier.

Studiens samlade resultat visar att om tvångsvård ska vara framgångsrik ska den utgå från en individuell utredning av klientens problembild. Den givna vården ska även ha ett strukturerat innehåll. Vården bör ges, eller i alla fall inledas, vid institution. En tidsmässigt längre tids institutionsvård verkar öka möjligheten för att stabilisera personer med allvarligt och skadligt alkohol- och substansbruk. Finns samsjuklighet hos de vårdade, vilket ofta är fallet, bör vårdtiden vara längre. Resultaten tyder inte på att genomförandet av vården påverkas av om den sker under tvång eller inte. Snarare tycks den starka kontrollen i institutionsvård bidra till vårdens fullföljande vilket därmed kan främja motivation för livsförändring. För ökad motivation till fortsatt vilja till livsförändring är strukturerad eftervård och en längre tids uppföljning ett viktigt inslag. Vilken typ av lag (rättslig, social, psykiatrisk) som reglerar ingången i tvångsvård verkar inte vara avgörande för utfall av vården. Ingen särskild trend kan heller ses angående rapporteringen av utfall av tvångsvård över tid. Sammantaget visar översiktsstudien att de tvångsvårdades problembild kräver att samhället inte bara agerar livräddande utan också följer upp tvångsvården med eftervårdsinsatser i till exempel öppenvård när tvångsvården avslutas.

ISBN 978-91-87053-81-8