

# Screeningsprojektet for psykisk sygdom



# **Screeningsprojektet for psykisk sygdom**

**Direktoratet for Kriminalforsorgen, 2013**

Rapporten er udarbejdet af:

Mette Lindgaard Adamsen

*Screeningsprojektet for psykisk sygdom*

© Direktoratet for Kriminalforsorgen, 2013

Alle rettigheder forbeholdt

Forsideillustration: Kim Frans Broström,

Omslag: Michael Kofoed

Tryk: Tarm Bogtryk A/S, Danmark.

1.udgave, 1. oplag 2013

ISBN: 978-87-90581-98-5

e-ISBN:978-87-90581-99-2

## Indholdsfortegnelse

1. Resumé .....	11
2. Indledning .....	19
2.1. Undersøgelsens baggrund .....	19
2.2. Screeningsprojektets formål .....	21
2.3. Regelgrundlaget for fængsling af psykisk syge personer.....	22
2.4. Kriminalforsorgens generelle praksis i forhold til psykisk syge indsatte.....	24
3. Undersøgelsens metode og design.....	26
3.1. Litteratursøgning og gennemgang af udenlandske screeningsinstrumenter.....	26
3.2. Undersøgelsens screeningsinstrument.....	27
3.2.1. Operationalisering af begrebet psykisk sygdom.....	27
3.2.2. Screeningsinstrumentets opbygning .....	28
3.3. Deltagende personale, tjenestesteder og indsatte .....	29
3.3.1. Ansættelse af projektpersonale .....	29
3.3.2. Deltagende institutioner .....	30
3.3.3 Inklusions- og eksklusionskriterier for undersøgelsespopulationen.....	31
3.4. Dataindsamling - de praktiske procedurer .....	32
3.4.1. Screeningsprocedurer .....	32
3.4.2. Udredningsprocedurer .....	33
3.5. Midtvejsevaluering.....	35
3.5.1. Revidering af screeningsinstrumentet til sygeplejerskerne .....	35
3.5.2. Revidering af psykiaternes udredning af indsatte.....	36
4. Datamaterialet .....	38
4.1. Datakilder.....	38
4.2 Datarensning .....	38
4.3 Inklusion af indsatte .....	40
4.3.1. Inklusion af indsatte .....	40
4.4. Bortfald og repræsentativitet.....	42
4.4.1. Årsager til bortfald .....	44
4.5. Datafremstilling.....	51
5. Resultater af screeningsundersøgelsen .....	53

5.1. Psykiatriske diagnoser.....	54
5.1.1 Fordelingen af diagnoser .....	54
5.1.2 Misbrug .....	56
5.1.3 Personlighedsforstyrrelser .....	58
5.1.4 Skizofreni og andre psykoser .....	60
5.1.5 Øvrige diagnoser .....	61
5.1.6 Diagnoser blandt unge indsatte .....	64
5.1.7 Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser .....	65
5.1.8. Opsummering - psykiatriske diagnoser .....	67
5.2. Sygeplejerskernes skøn .....	67
5.2.1. Sygeplejerskernes identificering af psykisk syge indsatte .....	68
5.2.2. Sammenstilling af specificitet og sensitivitet .....	71
5.2.3. Årsager til fald i undersøgelsens sensitivitet .....	71
5.2.4. Sygeplejerskernes skøn fordelt på psykisk sygdom og andre psykiatriske lidelser .....	72
5.2.5. Opsummering - sygeplejerskernes skøn af indsattes behov for psykiatrisk behandling .....	74
5.3. Statistiske modeller om sammenhængen mellem sygeplejerskernes screening og psykiaternes diagnosticering af indsatte.....	75
5.3.1. Modelsøgningen.....	76
5.3.2. Tidsfaktoren.....	76
5.3.3. Den logistiske regressionsmodel (slutmodellen).....	77
5.3.4. Sammenhængen mellem falske positive og falske negative.....	81
5.4 Sammenfattende diskussion af resultaterne af screeningsprojektet for psykisk sygdom.....	86
6. Beskrivelse af undersøgelsespopulationen sociale forhold og symptomer på psykisk sygdom.....	88
6.1 Sociale forhold .....	89
6.1.1. Demografiske forhold.....	89
6.1.2 Familierelationer .....	93
6.1.3 Uddannelse og beskæftigelse .....	94
6.1.4 Opsummering af indsattes sociale forhold .....	98
6.2. Symptomer på psykisk sygdom og andre psykiatriske lidelser.....	99
6.2.1. Symptomer på svære psykiske lidelser.....	100
6.2.2 Søvnbesvær .....	101
6.2.3 Suicidal adfærd.....	102
6.2.4 Tankeforstyrrelser .....	104

6.2.5 Symptomer på ADHD .....	106
6.2.6 Behandlingshistorik.....	107
6.2.7. Opsummering af indsattes symptomer på psykisk sygdom.....	109
7. Ethiske overvejelser, fejkilder og overvejelser om .....	110
projektets validitet og reliabilitet.....	110
7.1. Ethiske overvejelser.....	110
7.1.1. Eksklusion af udenlandske varetægtsarrestanter .....	110
7.1.2. Informeret samtykke.....	110
7.1.3. Unge under 18 år .....	111
7.1.4. Negative konsekvenser ved deltagelse .....	111
7.1.5. Anonymitet og tavshedspligt.....	112
7.1.6. Ret til aktindsigt .....	112
7.2 Fejkilder .....	113
7.2.1. Misbrug .....	113
7.2.2. Institutionspraksis versus projektdesign.....	113
7.2.3 Bias.....	114
7.2.4. Blinding.....	115
7.3. Validitet.....	115
7.3.1. Indholdsvaliditet.....	115
7.3.2. Begrebs- og kriterievaliditet.....	115
7.4. Reliabilitet.....	116
8. Konklusion - samlede resultater .....	117
9. anbefalinger.....	121
10. Litteraturliste .....	127
11. Bilag .....	133
Bilag 1: Diagnosesystemer og diagnosticeringsredskaber til psykiaternes udredning.....	133
Diagnosticeringsredskaber til psykiaternes udredning .....	136
Bilag 2 ADHD.....	138
Bilag 3: Gennemgang af tidligere screeningsinstrumenter for psykisk sygdom i fængsler .....	141
1. The Referral Decision Scale (RDS) .....	141
2. The Brief Jail Mental Health Screen (BJMHS).....	141
3. The Modified Mini Screener (MMS) .....	142
4. Correctional Mental Health Screen (CMHS-F & CMHS-M) .....	142

5. The Mental Health Screening Form-III (MHSE-III) .....	143
6. K6 skala og K10 skala.....	143
7. The Screening Instrument for Psychosis (PS) .....	144
Bilag 4: Screeningsinstrumentet til sygeplejerskerne, 1. periode .....	145
Bilag 5: Screeningsinstrumentet til sygeplejerskerne, 2. periode .....	153
Bilag 6: Manual til screeningsinstrumentet til sygeplejerskerne, 2. periode.....	157
Bilag 7: Gennemgang af screeningsinstrumentet til sygeplejerskerne.....	161
Bilag 8: Gennemgang af indberetningsskemaet til de psykiatriske konsulenter.....	164
Bilag 9: Bortfaldsanalyse .....	165
Bilag 10: Retsplejelovens kapitel 70.....	168
Bilag 11: Appendiks.....	169
Bilag 12. Køn- og aldersfordelinger.....	171
Bilag 13: Forældres herkomst, indsattes samlede opholdstid i Danmark forud for den aktuelle indsættelse og oprindelsesland.....	173
Bilag 14: Uddannelse og eksistensgrundlag.....	175
Bilag 15: Mental retardering .....	176

## Forord

Med denne rapport fremlægges resultaterne fra satspuljeprojektet 'Screeningprojektet for psykisk sygdom'.

Tidligere undersøgelser har fremhævet en stigning i antallet af retspsykiatriske patienter i Danmark og påvist, at en betydelig andel af den danske varetægtspopulation har psykiske sygdomme. Kriminalforsorgen er derfor fra flere sider blevet anbefalet at udarbejde og afprøve et screeningsinstrument til identifikation af psykisk sygdom blandt varetægtsarrestanter.

Screeningsprojektets formål har således været at undersøge, hvorvidt det er muligt at udarbejde et screeningsinstrument, der kan sætte sygeplejersker i stand til at identificere psykisk sygdom blandt varetægtsarrestanter, herunder at danne grundlag for at vurdere, om en ordning med screening af varetægtsarrestanter for psykisk sygdom kan anbefales indført på landsplan.

Undersøgelsen er finansieret af satspuljemidler for sundhedsområdet 2008-2011 og er blevet til i samarbejde mellem flere forskellige faggrupper, som alle har bidraget til den samlede undersøgelse.

Overlæge, ph.d. *Torsten Bjørn Jacobsen*, Psykiatrisk Center København, har forestået den daglige lokale ledelse af projektet på Vestre Fængsel i København i perioden september 2009-marts 2012, herunder bl.a. undervist sygeplejerskerne i symptomer på psykisk sygdom og kvalitetssikret det afprøvede screeningsinstrument under dets udarbejdelse. Torsten Bjørn Jacobsen har derudover, i samarbejde med de psykiatriske konsulenter, overlæge, *Birgit Jessen-Petersen*, og speciallæge i børne- og ungepsykiatri, *Erling Ingvar Jensen*, forestået de psykiatriske udredninger og diagnostiseringer af varetægtspopulationen i projektet.

Sygeplejefagligleder, *Annette Lindberg*, og oversygeplejerske, *Helle Sylvest Broberg*, har i samarbejde med sygeplejerskerne *Anette Jacobsen*, *Kari Tetzschner Madsen*, *Pia Greiersen*, *Louise Herkind*, *Jane Marquardtsen*, *Jeppe Mørch*, *Trine Malmberg Fox Maule*, *Louise Jessie Svendsen*, *Berit Majken Sørensen*, *Jane Elsborg* og *Emil Christiansen* forestået screeningen af varetægtsarrestanterne på Vestre Fængsel, herunder inkludering af indsatte og afrapportering herom.

I Direktoratet for Kriminalforsorgen har souschef i Straffuldbyrdelseskontoret, *Tove Vedige Brøchner* og projektmedarbejder i Straffuldbyrdelseskontoret, *Mette Lindgaard Adamsen*, forestået den overordnede projektledelse, herunder bl.a. den løbende projektkoordinering, projektfacilitering samt



udarbejdelse af nærværende rapport. Derudover har specialkonsulent i Statistikenheden, *Peter Løvgreen*, forestået kvalitetssikringen af de metodetekniske problemstillinger, der opstod undervejs i projektperioden, mens studentermedhjælper *Rikke Bach Jensen* har bidraget til den daglige facilitering af projektet på Vestre Fængsel og udarbejdet bidrag til undersøgelsens afrapportering, herunder kvalitetssikret data og udarbejdet egentlige rapportafsnit.

Statistisk konsulent og universitetslektor ved Københavns Universitet, Sociologisk Institut, *Anders Holm*, har forestået de statistiske analyser om sammenhængen mellem sygeplejerskernes screeninger og psykiaternes diagnosticering af indsatte.

Kriminalforsorgens sundhedsfaglige konsulent, fhv. ledende overlæge ved Justitsministeriet, Retspsykiatrisk Klinik, *Peter Kramp* har løbende sparret på projektet, herunder ydet bidrag til undersøgelsens tilrettelæggelse, kvalitetssikring af data og til den endelige rapport.

En særlig tak skal lyde til alle de indsatte, der deltog i projektet, og derved uegennyttigt muliggjorde, at undersøgelsen kunne gennemføres, hvorved ny viden om psykisk sygdom og andre psykiatriske lidelser blandt varetægtsarrestanter kunne tilvejebringes.

Vi håber, at rapporten bibringer ny viden om psykisk sygdom og andre psykiatriske lidelser blandt varetægtsarrestanter i Kriminalforsorgens institutioner, som bl.a. kan være med til at løfte den fremtidige sundhedsmæssige betjening af indsatte i Kriminalforsorgens institutioner.

Direktoratet for Kriminalforsorgen, Straffuldbyardelseskontoret

November 2013

### BEGREBSAFKLARING

I retspsykiatrisk sammenhæng dækker begrebet *psykisk sygdom* over personer, der er sindssyge og derfor ikke bør have ophold i fængsler og arresthuse. I almen tale dækker begrebet *psykisk sygdom* et bredt spektrum af psykiske lidelser og sygdomme, herunder bl.a. ADHD, angst, depressioner, personlighedsforstyrrelser, skizofreni og paranoid psykose.

I dette screeningsprojekt har formålet været at identificere indsatte, der er sindssyge, og derfor ikke bør have ophold i Kriminalforsorgens institutioner. Begrebet *psykisk sygdom* anvendes derfor i denne rapport i betydningen sindssyge indsatte, dvs. de indsatte, der på undersøgelsestidspunktet omfattes af straffelovens § 16, stk. 1, idet det bemærkes, at en indsat kan have været sindssyg på gerningstidspunktet (og altså omfattet af § 16, stk. 1), men ikke er sindssyg på undersøgelsestidspunktet (dvs. på tidspunktet for screeningsinterviewet og/eller den psykiatriske udredning), eller omvendt ikke have været sindssyg på gerningstidspunktet (og altså ikke omfattet af § 16, stk. 1), men er sindssyg aktuelt (på undersøgelsestidspunktet for screeningsinterviewet og/eller den psykiatriske udredning under den aktuelle indsættelse).

For så vidt angår de personer, der falder ind under det brede spektrum af psykiske lidelser og psykiske sygdomme, som ikke vedrører indsatte, der er sindssyge, anvendes begrebet *andre psykiatriske lidelser*. Andre psykiatriske lidelser dækker således et bredt spektrum af psykiske lidelser og forstyrrelser som fx angst, lettere depressive tilstande, personlighedsforstyrrelser og nogle former for psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller andre psykoaktive stoffer samt ADHD. Indsatte med disse tilstande skal ikke nødvendigvis overflyttes til andet regi.

Endelig betegnes indsatte som *raske*, såfremt de har gennemført den diagnostiske udredning uden at blive diagnosticeret med en psykisk sygdom eller med andre psykiatriske lidelser.

## 1. Resumé

Kriminalforsorgen fik ved satspuljeaftalen på sundhedsområdet for 2008-2011 bevilliget midler til at iværksætte en undersøgelse om screening af varetægtsarrestanter for psykisk sygdom. Formålet med projektet var at afprøve, hvorvidt der kunne udarbejdes et screeningsredskab til brug for Kriminalforsorgens sygeplejersker, som systematisk kunne understøtte tidlig identifikation af tegn på psykisk sygdom og behov for psykiatrisk tilsyn blandt varetægtsfængslede, herunder at afgøre, om screeningsredskabet burde udbredes til samtlige arresthuse.

Som følge af bevillingen blev 'Screeningsprojektet for psykisk sygdom' iværksat i Arresthuset i Odense, Arresthuset i Århus og på Københavns Fængsler, Vestre Fængsel i efteråret 2009. På grund af for lav tilgang til projektet i arresthusene i Odense og Århus blev projektet samlet på Vestre Fængsel i efteråret 2010, hvor det fortsatte frem til den 31. marts 2012.

I projektperioden blev i alt 1.857 varetægtsarrestanter forsøgt inkluderet i projektet på Vestre Fængsel. Heraf gennemførte 916 varetægtsarrestanter sygeplejerskernes screeningsinterview, og 672 blev dernæst diagnostisk udredt hos projektets psykiatere. Mere end halvdelen af de adspurgte varetægtsarrestanter ønskede med andre ord ikke at deltage i undersøgelsen eller var blevet løsladt eller overført til anden institution inden screenings samtalen fandt sted, dvs. senest 72 timer fra indsættelsestidspunktet. På samme vis fik mere end hver fjerde af de indsatte, der gennemførte screenings samtalen, ikke tilendebragt den fulde psykiatriske udredning inden løsladelse eller overførsel til anden institution.

Blandt de 672 varetægtsarrestanter, der indgår i undersøgelsen, er 59 indsatte (9 pct.) raske, dvs. de har gennemført den psykiatriske udredning uden at blive diagnosticeret med en psykisk sygdom eller en anden psykiatrisk lidelse, mens 54 indsatte (8 pct.) er diagnosticeret med en psykisk sygdom (sindssygdom) og 559 indsatte (83 pct.) er diagnosticeret med andre psykiatriske lidelser (fx affektive sindslidelser og nervøse og stress-relaterede tilstande). Andelen af indsatte med psykiske sygdomme og andre psykiatriske lidelser er med andre ord særdeles stor (91 pct.). Det bemærkes i denne sammenhæng, at 41 pct. af de stillede diagnoser er misbrugsdiagnoser (F10-19), som fx psykiske lidelser eller forstyrrelser forårsaget af brug af cannabinoider, hvilket falder i tråd med tidligere undersøgelser af indsatte i Kriminalforsorgens institutioner.

Undersøgelsen viser, at det er særdeles vanskeligt at udarbejde et pålideligt screeningsinstrument, som systematisk understøtter sygeplejerskernes identifikation af nyindsatte varetægtsarrestanter med en psykisk sygdom (sindssyge). Det fastslås i undersøgelsen, at sygeplejerskerne i overvejende grad identificerer tegn på behov for psykiatrisk tilsyn blandt de sindssyge indsatte (83 pct.), men også at sygeplejerskerne ofte undlader at agere akut på mistanke om psykisk sygdom hos indsatte (81 pct.) (jf. kapitel 5.2.2 om sensitivitet og specificitet og 5.3.4 om falske positive og falske negative).

Samtidig viser de statistiske analyser, at resultaterne af screeningen forbedres, såfremt screeningsinterviewet *ikke* foretages på indsættelsesdagen. Derudover kan det konkluderes, at spørgsmålene om, hvorvidt indsatte har haft syns- eller hørelshallucinationer, aktuelt har tanker om selvmord, tidligere har været indlagt på en psykiatrisk afdeling og tidligere er diagnosticeret med skizofreni, bør anvendes sammen med sygeplejerskernes sygeplejefaglige skøn og oplysninger om indsattes højeste opnåede uddannelse, såfremt der skal indføres obligatoriske opmærksomhedsspørgsmål i Kriminalforsorgens institutioner.

I forhold til screening og udredning af ADHD blandt varetægtsarrestanter fastslår undersøgelsen, at det er omsonst at screene nyindsatte varetægtsfængslede for ADHD, da samtlige nyindsatte udviser markante ADHD-symptomer på indsættelsestidspunktet - uanset om de lider af ADHD eller ej. For så vidt angår den psykiatriske udredning af ADHD, viser undersøgelsen, at udredningen er særdeles omkostningstung og ofte meget langstrakt, fordi ADHD-udredningen kræver, at der indhentes samtykke og oplysninger om indsattes skolegang og tidlige barndomsår hos indsattes forældre/værger mv. Den langvarige sagsbehandlingstid i forbindelse med at imødekomme samtykke- og dokumentationskravene betyder, at langt størstedelen af de unge varetægtsfængslede er løsladt eller overført til anden institution, inden oplysningerne foreligger hos psykiateren. Hvis der skal ske systematisk udredning af ADHD blandt indsatte, bør det derfor ikke ske blandt varetægtsarrestanter, men blandt gruppen af afsonere, som har ophold i Kriminalforsorgens institutioner så længe, at det er muligt at gennemføre en psykiatrisk udredning.

Derudover fastslår undersøgelsens afsnit om undersøgelsespopulationens sociale forhold og symptomer på psykisk sygdom, at gruppen af undersøgte varetægtsarrestanter primært udgøres af unge, ugifte mænd med dansk statsborgerskab uden uddannelse eller arbejdsmarkedstilknytning, som udviser symptomer på psykiske lidelser, herunder både suicidal adfærd, søvnbesvær, tankeforstyrrelser og ADHD-symptomer, uanset om de diagnosticeret med psykisk sygdom eller ej. Desuden har

undersøgelsespopulationen i vidt omfang været i kontakt med det psykiatriske behandlingssystem og/eller psykolog forud for indsættelsen, herunder været henvist til psykiatrisk behandling, været behandlet og/eller indlagt for psykologiske/psykiatriske problemstillinger, været behandlet med nervemedicin eller endog tidligere blevet diagnosticeret med skizofreni. Der tegner sig med andre ord et billede af, at store dele af undersøgelsespopulationen udgøres af socialt marginaliserede individer med psykiske problemstillinger, hvilket i særlig grad er gældende for ungepopulationen, for gruppen af indsatte med dobbeltdiagnoser og for de indsatte, der har oprindelse i andre lande end Danmark. Samtidig er gruppen af indsatte, der er blevet diagnosticeret med psykisk sygdom, mere belastede end de øvrige indsatte på stort set alle parametre.

Det er i denne sammenhæng væsentligt at bemærke, at undersøgelsespopulationen ikke er fuldstændig repræsentativ for den generelle varetægtspopulation på Vestre Fængsel eller for varetægtspopulationerne i andre arresthuse. Spørgsmålet om repræsentativitet har ikke indflydelse på undersøgelsens resultater vedrørende sygeplejerskernes evne til at identificere psykisk sygdom blandt indsatte, men er til gengæld væsentlig for undersøgelsens analyser vedrørende de indsattes socio-demografiske forhold, som på grund af manglende repræsentativitet og et stort bortfald i undersøgelsespopulationen ikke ukritisk kan generaliseres til at gælde andre populationer end den undersøgte.

Opsummerende kan det konkluderes, at den undersøgte varetægtspopulation som helhed og de psykisk syge i særdeleshed har mange komplekse og sammenfaldende problemstillinger, som ikke blot relaterer sig til psykisk sygdom eller anden psykiatrisk lidelse, men også til et socialt marginaliseringsproblem. Problemstillinger, som dels kræver behandlingstilbud, der ikke er til stede (i nødvendigt omfang) i Kriminalforsorgens institutioner, dels påpeger, at det er nødvendigt at sætte ind på mange forskellige fronter, såfremt disse mennesker skal bringes sikkert videre til et liv uden kriminalitet. Derudover fastslår undersøgelsen, at screening for psykisk sygdom i en varetægtspopulation er en svær opgave. Indførelse af systematiske opmærksomhedsspørgsmål ved nyindsættelse i Kriminalforsorgens institutioner formodes dog at være et bidrag til at løfte den almene sundhedsbetjening i Kriminalforsorgen - ikke mindst i forhold til tidlig identificering og overførelse af (fle-  
re/størstedelen af de) indsatte med psykiske sygdomme til behandling, som i dag sidder ubemærket hen.

**Undersøgelsen lægger dermed op til følgende anbefalinger** (se anbefalingerne i fuld længde i kapitel 9):

- Screeningsprojektet fastslår, at fængselssygeplejerskerne *ikke* kan identificere samtlige vare-tægtsfængslede med psykisk sygdom ved hjælp af det afprøvede screeningsredskab. Det udarbejdede screeningsredskab anbefales derfor *ikke* udbredt til samtlige institutioner.
- Screeningsprojektet fastslår, at mange indsatte har været i kontakt med det psykiatriske behandlingssystem forud for indsættelsen. På den baggrund anbefales det, at Kriminalforsorgen indfører en ny praksis ved samtlige nyindsættelser, hvor det systematisk afdækkes, om indsatte tidligere er idømt en psykiatrisk særforanstaltning, § 68/69.
- Det anbefales, at Kriminalforsorgen indfører en række obligatoriske opmærksomhedsspørgsmål til indsatte ved nyankomst til en af Kriminalforsorgens institutioner, som kan medvirke til at skabe et forstærket fokus på at identificere psykisk sygdom og tegn på behov for psykiatrisk bistand blandt indsatte.
- Det anbefales, at Kriminalforsorgen undersøger om sundhedsbetjeningen kan optimeres i den forestående omorganisering af Kriminalforsorgen, således at der inden for de eksisterende økonomiske rammer dels kan tilknyttes deltidssygeplejersker til de arresthuse, hvor der ikke er sygeplejersker i dag, dels kan tilknyttes flere psykiatere og/eller psykologer til Kriminalforsorgens institutioner.
- Det anbefales, at den screeningsordning, der i dag omfatter samtlige 15-17-årige unge indsatte, udvides til ligeledes at omfatte øvrige unge indsatte i det omfang, der er midler til det i puljen.
- Det anbefales at øge fokus på dobbeltdiagnoseproblematikker i Kriminalforsorgens misbrugsbehandling. Det bør løbende overvejes, hvordan misbrugsbehandlerne kan opkvalificeres til at identificere misbrugere med psykisk sygdom/lidelse, som fortsat bør søges overført til det almindelige psykiatriske behandlingssystem.
- Det anbefales at øge fokus på efteruddannelse, faglig udvikling og sparring hos sundhedspersonalet, herunder bl.a. på, at sygeplejerskerne undervises i symptomer på psykisk sygdom.

dom og alvorlige psykiske lidelser samt i det komplicerede samspil, der er mellem kriminalitet, misbrug og psykisk sygdom blandt indsatte.

- Det kan på baggrund af screeningsprojektet konkluderes, at ADHD-problematikken *er* aktuell i varetægtspopulationen, men også, at det *ikke* kan anbefales, at screeninger og udredninger for ADHD foretages i varetægtssituationen grundet sammenspillet mellem symptomer på misbrug, tilpasningsreaktioner og ADHD. Det anbefales derfor at fastholde den nuværende praksis for screening og udredninger for ADHD i Kriminalforsorgens institutioner, som udelukkende foretages blandt afsonere, hvor en mere kontinuerlig udredning kan finde sted.
- Det anbefales, at Kriminalforsorgen i den kommende årrække fortsat arbejder målrettet på at optimere samarbejdet med regionerne i forhold til indsatte med psykiske sygdomme og andre alvorlige psykiatriske lidelser.

I de følgende afsnit følger en kort beskrivelse og læsevejledning for rapporten.

## ***Kapitel 2: Indledning - undersøgelsens baggrund og formål***

I dette kapitel redegøres for undersøgelsens baggrund og formål, regelgrundlaget for fængsling af personer med psykisk sygdom og Kriminalforsorgens generelle praksis i forhold til indsatte med psykisk sygdom.

Tidligere undersøgelser har vist, at der igennem de senere år har været en stigning i antallet af retspsykiatriske patienter i Danmark, og at en betydelig andel af varetægtspopulationen i Danmark har psykiske sygdomme og andre psykiatriske lidelser. Kriminalforsorgen er derfor blevet anbefalet fra flere sider at afprøve et screeningsinstrument, som kan identificere psykisk sygdom blandt varetægtsarrestanter på et tidligere tidspunkt end hidtil (Andersen, Sestoft, Lillebaek, Gabrielsen, & Kramp, 1996), (Gosden, Kramp, Gabrielsen, & Sestoft, 2003), (Kramp & Gabrielsen, 2004; Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2006). På den baggrund ansøgte Kriminalforsorgen om satspuljemidler ved satspuljeaftalen på sundhedsområdet for 2008-2011, og fik midler til at iværksætte et 4-årigt screeningsprojekt for psykisk sygdom (Finansministeriet, 2008).

Undersøgelsens formål er at skabe viden om, hvorvidt det er muligt at udarbejde et screeningsinstrument, der kan sætte sygeplejersker i stand til at identificere psykisk sygdom blandt vare-

tægtsarrestanter, herunder at danne grundlag for at vurdere om en ordning med screening af varetægtsarrestanter for psykisk sygdom kan anbefales indført på landsplan. Derudover er det et delmål for undersøgelsen at afdække, i hvilken grad undersøgelsespopulationen er belastet af andre psykiatriske lidelser, som fx ADHD, samt at tilvejebringe information om undersøgelsespopulationen generelt – herunder særligt for så vidt angår unge varetægtsarrestanter, som er mellem (14)15-17 år.

Regelgrundlaget for indsættelse og ophold af personer med psykiske sygdomme i Kriminalforsorgens institutioner er bl.a. reguleret i straffelovens § 16, retsplejelovens § 770, stk. 2, straffuldbyrdelsesloven § 45, stk. 1 og De Europæiske Fængselsregler regel 12. Det følger af disse regelsæt, at personer, der er psykisk syge, ikke bør have ophold i Kriminalforsorgens institutioner, men snarest muligt skal søges overført til et psykiatrisk hospital i det almindelige behandlingssystem.

I Danmark administreres ovenstående regelgrundlag således, at Kriminalforsorgen altid forsøger at få indsatte med psykisk sygdom indlagt på et psykiatrisk hospital. Denne praksis har betydet, at de såkaldt *åbenlyst sindssyge* som følge af den generelle sundhedsbetjening på Vestre Fængsel i vid udstrækning er søgt overført og derfor er udgået af undersøgelsen, inden de blevet tilset af dette projekts psykiatere.

### ***Kapitel 3: Undersøgelsens metode og design***

I dette kapitel beskrives undersøgelsens metode og design gennem fem underafsnit.

I det første underafsnit præsenteres projektets litteratursøgning. Dernæst følger en beskrivelse af screeningsinstrumentet i andet afsnit, herunder den valgte operationalisering af begrebet 'psykisk sygdom' samt screeningsinstrumentets opbygning. Herefter følger et afsnit om ansættelse af projektpersonale, om de deltagende tjenestesteder og om de inklusions- og eksklusionskriterier, der lå til grund for, om den enkelte nyindsatte varetægtsarrestant var omfattet af projektets undersøgelsespopulation eller ej. I det fjerde afsnit beskrives de praktiske procedurer for sygeplejerskernes screeningsinterview, psykiaternes udredning og den registrering, som begge faggrupper skulle foretage, efter et endt screenings-/udredningsforløb. Kapitlet afsluttes med en præsentation af undersøgelsens midtvejsevaluering og den deraf afledte revidering af undersøgelsens screeningsinstrument og udredningsprocedurer.

### ***Kapitel 4: Datamaterialet***

I dette kapitel præsenteres undersøgelsens datamateriale samt databehandlingen heraf. Dernæst præsenteres undersøgelsens inklusionskriterier og bortfaldsanalyser, herunder forskellige årsager til bortfald, der relaterer sig til undersøgelsens rammer og design, til ADHD-udredningen og til over-



førslerne til det psykiatriske behandlingssystem. Kapitlet afsluttes med et afsnit om, hvorledes data vil blive fremstillet under præsentationen af undersøgelsens resultater i det efterfølgende kapitel.

### ***Kapitel 5: Resultater af screeningsundersøgelsen***

Dette kapitel omhandler resultaterne vedrørende sygeplejerskernes evne til at identificere indsatte med psykisk sygdom ved hjælp af det udarbejdede screeningsinstrument. Kapitlet er opdelt i fire underafsnit.

I kapitel 5.1 præsenteres resultaterne af psykiaternes diagnostiske udredninger, herunder fordeling i underafsnit om misbrugsdiagnoser, personlighedsforstyrrelser, skizofrenispektret og øvrige diagnoser samt de diagnoser, der er stillet i forbindelse med udredning af de (14)15-21-årige indsatte. I de tilfælde, hvor det er muligt, vil resultaterne blive sammenholdt med tilsvarende fordelinger i den samlede danske befolkning og med tidligere studier omhandlende tilsvarende populationer. Afsnittet afsluttes med en kort sammenfatning.

I kapitel 5.2 præsenteres *resultaterne af sygeplejerskernes skøn* ved tre spørgsmål om indsatte psykiske tilstand. Ved hvert spørgsmål opgøres, hvor stor en andel af de raske indsatte, sygeplejerskerne klassificerer korrekt (specificitet), og hvor stor en andel af de syge, sygeplejerskerne klassificerer korrekt (sensitivitet). Spørgsmålet om sensitivitet og specificitet sammenstilles dernæst i underafsnit 5.2.2, hvorefter følger et afsnit om årsager til fald i undersøgelsens sensitivitet. Dernæst følger en opgørelse af, hvorledes de indsatte, som sygeplejerskerne *identificerer som psykisk syge*, er blevet diagnosticeret, og hvorledes de indsatte, som sygeplejerskerne skønner har et *behov for et psykiatrisk tilsyn*, er blevet diagnosticeret. Afsnittet afsluttes med en kort opsamling.

I kapitel 5.3 præsenteres resultaterne af de statistiske analyser af sammenhængen mellem sygeplejerskernes vurderinger og psykiaternes diagnostiske udredning. Først beskrives modelsøgningen, dernæst resultaterne af den logistiske regressionsmodel, som fremhæver syv specifikke spørgsmål, der kan anbefales indført i Kriminalforsorgens screeningsprocedurer ved nyankomst til arresthusene. Derefter følger et afsnit med analyser vedrørende sammenhængen mellem falske positive (raske, som sygeplejerskerne vurderer psykisk syge) og falske negative (psykisk syge, som sygeplejerskerne vurderer raske), hvor forskellige tærskelværdier for overensstemmelsen mellem falske positive og falske negative præsenteres. Endelig følger en sammenfattende diskussion af resultaterne af screeningsprojektet for psykisk sygdom i afsnit 5.4.

## ***Kapitel 6: Beskrivelse af undersøgelsespopulationens sociale forhold og symptomer på psykisk sygdom***

I dette kapitel beskrives undersøgelsespopulationens sociale forhold og symptomer på psykisk sygdom gennem en tabellægning af det datamateriale, som er indsamlet af sygeplejerskerne i forbindelse med de enkelte screeningsinterviews med indsatte. Datamaterialet tilvejebringer viden om undersøgelsespopulationen generelt, herunder bl.a. køn, alder, uddannelsesmæssig baggrund og symptomer på psykisk sygdom. Dermed optegnes et billede af de oplysninger, som indsatte har afgivet under interviewet, og som sygeplejerskerne har haft til rådighed i forbindelse med at vurdere, om den enkelte indsatte var psykisk syg eller ej.

Kapitlet er disponeret i to dele, hvor svarfordelingen på de enkelte spørgsmål vedrørende henholdsvis indsattes sociale forhold og symptomer på psykisk sygdom præsenteres. Hver variabel er desuden fordelt på, om den indsatte efterfølgende er diagnosticeret med en psykisk sygdom af projektets psykiatriske konsulenter. Endelig sammenholdes svarfordelingen på de enkelte spørgsmål løbende med fordelingen i den samlede danske befolkning, hvor det er muligt, og med videnskabelige studier vedrørende det enkelte forhold, hvor det er relevant. Resultaterne af analyserne opsummeres afslutningsvist under hver af de to delanalyser (jf. afsnit 6.1.4 og 6.2.7).

## ***Kapitel 7: Etiske overvejelser, fejlkilder og overvejelser om projektets validitet og reliabilitet***

Dette kapitel behandler flere af de overordnede overvejelser, der er opstået i forbindelse med udarbejdelsen af projektets design og gennemførelsen af projektet. Kapitlet initieres af et afsnit om projektets etiske overvejelser. Dernæst følger et afsnit om fejlkilder, herunder bl.a. recall bias, hvorefter validitet og reliabilitet behandles.

## ***Kapitel 8 og 9: Konklusioner og anbefalinger***

I kapitel 8 og 9 præsenteres screeningsprojektets samlede konklusioner og anbefalinger.

## 2. Indledning

I det følgende præsenteres først undersøgelsens baggrund og formål, dernæst regelgrundlaget for fængsling af indsatte med psykisk sygdom og Kriminalforsorgens generelle praksis i forhold til indsatte, der er psykisk syge.

### 2.1. Undersøgelsens baggrund

Kriminalforsorgens screeningsprojekt indskriver sig i en bredere videnskabelig og politisk kontekst, som har præget undersøgelsens præmisser og design. Helt overordnet bygger undersøgelsen på en psykiatrisk sygdomsforståelse, som er funderet i de psykiatriske diagnosesystemer ICD og DSM (jf. bilag 2), der er det herskende vidensparadigme på området både i forskningsmæssigt og politisk regi.

I videnskabeligt regi har forekomsten af psykiske sygdomme og andre psykiatriske lidelser blandt indsatte de seneste årtier været genstand for et voksende antal undersøgelser med varierende resultater, både i dansk og udenlandsk kontekst. Eksempelvis har en amerikansk undersøgelse, som stiller diagnoser efter DSM-IV-kriterier ved hjælp af SCID, registreret en forekomst af psykisk sygdom og andre psykiatriske lidelser på 35 pct. i en population af afsonere (Gunter et al., 2008), mens en engelsk undersøgelse, hvor diagnoserne er stillet efter ICD-10-kriterier, har fundet en forekomst af psykisk sygdom på 5 pct. i en varetægtspopulation (Brooke, Taylor, Gunn, & Maden, 1996).

En oversigtsartikel fra 2002 søger i den forbindelse at skabe overblik ved at sammenholde 62 forskellige studier med i alt knap 23.000 undersøgte indsatte. Artiklen påviser en øget forekomst af alvorlig psykisk sygdom blandt varetægtsfængslede og afsonere, herunder psykotiske sygdomme som skizofreni. Artiklen påviser desuden, at de hyppigst forekommende psykiatriske lidelser i fængselspopulationer er misbrug, antisocial personlighedsforstyrrelser (psykopati) og andre personlighedsforstyrrelser, samt angst- og depressionstilstande, der alle ses langt hyppigere blandt indsatte end i befolkningen som helhed. Endelig konkluderes det, at knap 4 pct. af de indsatte er diagnosticeret med en psykisk sygdom, 10 pct. har en depressiv lidelse og 65 pct. er personlighedsforstyrrede, såfremt undersøgelserne vurderes samlet (Fazel & Danesh, 2002).

Tilsvarende påviser en dansk undersøgelse gennemført af Differentieringsudvalget i 1999 (Nord-skov-udvalget), at 15 pct. af de indsatte på undersøgelsestidspunktet var eller havde været under psykiatrisk behandling eller konsultation under den aktuelle afsoning, og at cirka en fjerdedel af alle indsatte viste tegn på psykiske problemer (Direktoratet for Kriminalforsorgen, 2000). Andre danske undersøgelser har desuden vist, at 2-7 pct. af varetægtspopulationen i Danmark har psykiske sygdomme<sup>1</sup> til trods for retlige foranstaltninger om, at indsatte med psykisk sygdom ikke bør opholde sig i Kriminalforsorgens institutioner (jf. afsnit 3.2.1 nedenfor).

Derudover påviser et dansk registerstudie fra 2004, at patienter med veletablerede skizofrenidiagnoser i nogle tilfælde idømmes en fængselsdom frem for en psykiatrisk særforanstaltningsdom (Munkner, Haastrup, Joergensen, & Kramp, 2009). Tilsvarende viser et studie baseret på samme registerdata, at personer, som er kendt af det psykiatriske system, ikke blev idømt en behandlingsdom oftere efter skizofrenidiagnosen end før skizofrenidiagnosen (Munkner, Haastrup, Joergensen, & Kramp, 2003). På den baggrund anbefales det i sidstnævnte undersøgelse, at varetægtsfængslede ved indsættelsen udspørges om tidligere indlæggelser på et psykiatrisk hospital, og at varetægtsfængslede bør gennemgå en yderligere vurdering, såfremt der svares bekræftende herpå.

Også fra politisk hold har der igennem en årrække været fokus på psykisk sygdom og andre psykiatriske lidelser blandt indsatte, herunder at styrke forebyggelsen i forhold til, og behandlingen af, psykisk syge kriminelle. På den baggrund vedtog Folketinget den 30. marts 2004 enstemmigt V 72 med følgende ordlyd: *'Folketinget opfordrer regeringen til at intensivere den forebyggende indsats i forhold til psykisk syge, der begår kriminalitet'*, som afsluttede forespørgsel F 32 stillet til indenrigs- og sundhedsministeren, justitsministeren og socialministeren om psykisk sygdom blandt kriminelle (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2006). Indsatsen skulle ifølge vedtagelsen bl.a. inkludere iværksættelsen af et projekt, som skulle tilvejebringe viden om sammenhængen mellem psykisk sygdom og kriminalitet (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2006).

Som konsekvens af vedtægten nedsattes en tværministeriel arbejdsgruppe under Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Justitsministeriet og Socialministeriet, som i 2006 fremkom med projektrapporten *Psykisk sygdom og kriminalitet*. Ifølge rapporten er der i perioden 1995 til 2004 sket en stigning i antallet af behandlingsdømte på 68 pct., mens der i samme periode er sket en stigning på 39 pct. i den personfarlige kriminalitet<sup>2</sup> begået af psykisk syge (psykotiske) (Indenrigs- og

<sup>1</sup> Undersøgelserne er foretaget blandt hhv. 15-17-årige indsatte (Gosden et al., 2003), voksne indsatte (Andersen et al., 1996) og isolationsanbragte indsatte (Andersen et al., 1996).

<sup>2</sup> Personfarlig kriminalitet omfatter borgervendt kriminalitet, herunder vold og trusler mod privatperson (herunder drab, drabsforsøg, voldtægt o.l.), brandstiftelse og røveri.

Sundhedsministeriet, 2006: 13ff). I rapporten konkluderedes det blandt andet, at tidlig opsporing og efterfølgende behandling af psykisk syge er et vigtigt element i nedbringelsen af antallet af indsatte med psykisk sygdom i fængslerne. I den henseende anbefaler rapporten blandt andet, at der som led i den forebyggende indsats fokuseres på systematisk identifikation af uopdagede psykiske sygdomme og behov for psykiatrisk behandling blandt varetægtsfængslede, og at der til dette formål udarbejdes et screeningsinstrument til brug for Kriminalforsorgens sundhedspersonale (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2006: 24).

I 2007 ansøgte Kriminalforsorgen i forlængelse heraf om satspuljemidler til at udarbejde og afprøve et sådant screeningsinstrument og blev ved satspuljeaftalen på sundhedsområdet for 2008-2011 bevilliget midler til at iværksætte et fireårigt projekt vedrørende screening af varetægtsfængslede for psykisk sygdom (Finansministeriet, 2008). Indeværende publikation er afrapportering på dette projekt.

## 2.2. Screeningsprojektets formål

Som følge af bevillingen iværksatte Kriminalforsorgen således 'Screeningsprojektet for psykisk sygdom'. Formålet med screeningsprojektet var dels:

- A) at undersøge, om det er muligt at udarbejde et screeningsinstrument, som systematisk kunne understøtte sygeplejerskernes identifikation af varetægtsfængslede med psykiske sygdomme på et tidligere tidspunkt end hidtil, således at indsatte med psykisk sygdom kunne tilbydes behandling i Kriminalforsorgens institutioner eller søges overført til en psykiatrisk afdeling, dels
- B) at etablere grundlag for at vurdere, om en ordning med screening af varetægtsarrestanter for psykiske sygdomme, kunne anbefales indført på landsplan.

Screeningsprojektet fokuserede således i udgangspunktet udelukkende på psykiske sygdomme, altså sindssygdomme (psykoser), hvilket skal forstås på baggrund af Straffelovens § 16 om strafbarhedsbetingelser<sup>3</sup> (se endvidere kapitel 2.3 nedenfor).

---

<sup>3</sup> Straffelovens ordlyd er desuden cementeret i en række andre love og konventioner, herunder retsplejelovens § 765, straffuldbyrdelseslovens § 45, De Europæiske Fængselsreglers regel 12 og FN's Torturkomité's artikel 15, som Danmark har forpligtet sig til at overholde.

På baggrund af stor politisk interesse for afdækning af mange forskellige andre psykiatriske lidelser blandt indsatte i Kriminalforsorgen, herunder ikke mindst blandt unge indsatte, opstod behovet for at udvide undersøgelsens fokusområde fra udelukkende at omfatte psykisk sygdom til også at omfatte andre psykiatriske lidelser i undersøgelsesdesignet, herunder bl.a. Attention Deficit Hyperkinetic Disorder (ADHD) samt at sikre et særligt fokus på unge indsatte fra (14)15-21 år<sup>4</sup>.

Projektets formål har derfor ligeledes været:

- C) at afdække, om det er muligt at screene varetægtsfængslede for ADHD, og at undersøge i hvilken grad undersøgelsespopulationen er belastet af andre psykiatriske lidelser, som fx depression og angst.
- D) Derudover skulle projektet tilvejebringe information om undersøgelsespopulationen generelt – herunder bl.a. køn, alder, uddannelsesmæssig baggrund og stofmisbrugsproblematik til brug for et mere dybtgående studie af psykisk sygdom og andre psykiske lidelser blandt varetægtsarrestanter.

### 2.3. Regelgrundlaget for fængsling af psykisk syge personer

Regelgrundlaget for indsættelse af psykisk syge personer i Kriminalforsorgens institutioner er reguleret i straffeloven, retsplejeloven, straffuldbyrdelsesloven og De Europæiske Fængselsregler.

#### **Straffelovens § 16**

Det følger af straffelovens § 16, kapitel 3 om strafbarhedsbetingelser, at:

*§ 16. Personer, der på gerningstiden var utilregnelige på grund af sindssygdom eller tilstande, der må ligestilles hermed, straffes ikke. Tilsvarende gælder personer, der var mentalt retarderede i højere grad. Befandt gerningsmanden sig som følge af indtagelse af alkohol eller andre rusmidler forbigående i en tilstand af sindssygdom eller i en tilstand, der må ligestilles hermed, kan straf dog pålægges, når særlige omstændigheder taler derfor.*

---

<sup>4</sup> I projektperioden er den kriminelle lavalder blevet ændret to gange. Den 1. juli 2010 blev den kriminelle lavalder ændret fra 15 år til 14 år. Den 1. marts 2012 blev den kriminelle lavalder ændret tilbage til 15 år (Justitsministeriet, 2012).

*Stk. 2. Personer, der på gerningstiden var mentalt retarderede i lettere grad, straffes ikke, medmindre særlige omstændigheder taler for at pålægge straf. Tilsvarende gælder personer, der befandt sig i en tilstand, som ganske må ligestilles med mental retardering. (Justitsministeriet, 2006: 5).*

Det følger af principperne bag straffelovens § 16, at varetægtsarrestanter og afsonere, der er psykisk syge, ikke bør være frihedsberøvede i Kriminalforsorgens institutioner, men snarest muligt skal søges overført til et psykiatrisk hospital i det almindelige behandlingssystem, som kan imødekomme den enkeltes behandlingsbehov. Derimod kan behandling af indsatte, der har behov for psykologisk/psykiatrisk bistand, men som ikke har en psykisk sygdom, ske på Anstalten ved Herstedvester (jf. afsnit 2.4 nedenfor).

### **Retsplejeloven**

Det følger endvidere af retsplejelovens § 770, stk. 2, at institutionens læge kan søge en varetægtsarrestant indlagt af helbredsmæssige grunde og af bekendtgørelse nr. 374 af 17. maj 2001 om sundhedsmæssig bistand til indsatte i Kriminalforsorgens institutioner, § 2, stk. 3, at de indsatte (afsonere/varetægtsarrestanter) skal søges indlagt på hospital, hvis lægen finder det nødvendigt. Derudover følger det af retsplejelovens § 765, stk. 2, nr. 4, at sigtede efter rettens bestemmelse i stedet for varetægtsfængsling kan anbringes på et hospital eller en særlig institution, såfremt sigtede undergiver sig psykiatrisk behandling eller afvænningsbehandling for misbrug af alkohol, narkotika eller lignende (surrogatanbringelse), ligesom retsplejelovens § 777 giver mulighed for at anbringe en varetægtsarrestant i en anstalt for personer, der udstår fængselsstraf eller forvaring, eller på et hospital mv., hvis anklagemyndigheden og institutionens ledelse samtykker heri (anticiperet afsoning) (Justitsministeriet, 2011).

### **Straffuldbyrdelsesloven**

Det følger af straffuldbyrdelseslovens § 45, stk. 1, at indsatte i Kriminalforsorgens institutioner har ret til lægebehandling og anden sundhedsmæssig bistand. Bestemmelsen hviler på det princip, at indsatte i sundhedsmæssig henseende så vidt muligt skal sidestilles med andre borgere i samfundet (Justitsministeriet, 2008: 16).

## De Europæiske Fængselsregler

Det danske regelgrundlag falder i tråd med regel 12 i De Europæiske Fængselsregler, som regulerer, hvor psykisk syge indsatte bør have ophold, og hvad der i givet fald skal tages særlig højde for, såfremt de har ophold i fængsler og arresthuse:

*12.1 Personer, der lider af en psykisk sygdom, og hvis psykiske helbredstilstand er uforenelig med frihedsberøvelse i et fængsel, bør frihedsberøves i en institution, der er særligt indrettet til formålet.*

*12.2 Hvis sådanne personer alligevel undtagelsesvis frihedsberøves i et fængsel, skal der være særlige regler, der tager hensyn til deres status og behov (Justitsministeriet, 2008: 478).*

Det fremgår af de ledsagende bemærkninger til regel 12, at personer, der lider af psykiske sygdomme (psykoser), ikke bør frihedsberøves i fængsler eller arresthuse, men bør tage ophold i institutioner for sindslidende, der har deres egne standarder. Det anerkendes samtidigt, at personer, der lider af psykisk sygdom, i praksis frihedsberøves i fængslerne og arresthusene, og at der derfor i sådanne tilfælde bør være yderligere bestemmelser, der tager højde for deres status og særlige behov. Sådanne bestemmelser bør yde en beskyttelse, der går videre end De Europæiske Fængselsregler, som disse personer automatisk er underlagt ved at være frihedsberøvet i Danmark.

## 2.4. Kriminalforsorgens generelle praksis i forhold til psykisk syge indsatte

I Danmark administreres ovenstående regelgrundlag således, at Kriminalforsorgen altid forsøger at få indsatte med psykisk sygdom indlagt på en psykiatrisk afdeling. Indsatte skal - inden for rammerne af frihedsberøvelsen - have de samme behandlingstilbud som ikke frihedsberøvede borgere. Kriminalforsorgens institutioner er på grund af den begrænsede adgang til psykiatere, og det relativt lave antal sygeplejersker med en psykiatrisk overbygning, ikke egnede til at varetage behandling af psykisk syge indsatte. Derudover er bygningsindretningen og reglementerne rettet mod straffuldbyrdelse og resocialisering (af raske indsatte), ikke mod den individuelle behandling af mennesker med psykiske sygdomme. Hertil kommer, at det ikke er muligt at tvangsmedicinere i Kriminalforsorgens institutioner, hvis det skulle vise sig nødvendigt. Behandling af indsatte med psykiske sygdomme skal derfor som udgangspunkt varetages af det almindelige psykiatriske behandlingssystem, som kan imødekomme den enkeltes behandlingsbehov i et omfang, som Kriminalforsorgen ikke kan tilbyde.



Kriminalforsorgen har således ikke opbygget sit eget parallelle behandlingssystem ”inden for murene”, men etableret en sundhedsordning, som dels sikrer indsatte lægehjælp, dels imødekommer hensynet til Kriminalforsorgens ordens- og sikkerhedsregler samt sundhedslovgivningens krav herom. Til alle fængsler og arresthuse er derfor knyttet en læge fra lokalområdet. I så godt som alle fængsler er der endvidere tilknyttet en psykiater og/eller psykolog på konsulentbasis. Psykiateren og/eller psykologen kommer typisk et antal timer en gang ugentligt. I de tilfælde, hvor indsatte i arresthuse har et særligt behov for psykologbistand, kan arresthuset ansøge Direktoratet for Kriminalforsorgen om psykologbistand til den indsatte fra en særlig psykologpulje, som hovedsageligt anvendes til krisebehandling. Endelig er der ansat særligt mange psykologer og psykiatere på Anstalten ved Herstedvester, som er Kriminalforsorgens landsdækkende behandlingsinstitution for indsatte, som ikke er sindssyge, men har særlige behov for psykiatrisk og/eller psykologisk behandling. Det bemærkes, at Anstalten ved Herstedvester er et fængsel og ikke kan sidestilles med en psykiatrisk hospitalsafdeling. I praksis sidder der indsatte med psykiske sygdomme på den landsdækkende somatiske sygeafdeling, Vestre Hospital, i Københavns Fængsler, mens de pågældende venter på overførsel til en psykiatrisk afdeling. Ligeledes sidder der til stadighed varetægtsarrestanter i Kriminalforsorgens øvrige arresthuse, der afventer effektivering af retskendelse om varetægtsfængsling i surrogat på en psykiatrisk afdeling.

### 3. Undersøgelsens metode og design

Projektets primære formål var (som nævnt) at udarbejde og teste et screeningsinstrument, som sygeplejerskerne skulle anvende til at vurdere, om der forelå psykisk sygdom hos den enkelte indsatte, som efterfølgende burde udredes ved en psykiater. Da der ikke tidligere er gennemført screeningsundersøgelser for psykisk sygdom af sygeplejersker i Kriminalforsorgens institutioner, blev erfaringer fra internationale screeningsundersøgelser inddraget ved projektets start som inspiration til udvikling af et screeningsinstrument.

#### 3.1. Litteratursøgning og gennemgang af udenlandske screeningsinstrumenter

Ved litteratursøgningen om tidligere screeningsundersøgelser af psykisk sygdom i fængsler blev der søgt på følgende ord i de danske og internationale artikeldatabaser Pubmed, Embase, Cochrane Library og Artikeldatabasen:

*K6 scale, serious mental illness, psychosis, prison\* psychosis\*, jail\* psychosis\*, screening\* jail\*, schizophrenia\* jail\* og jail\*diversion\*.*

Denne søgning resulterede i mere end 1.000 publicerede artikler, hvoraf de mest relevante titler blev gennemgået nøje. Artikler, der behandlede screening af psykisk sygdom i retslig sammenhæng, blev udvalgt, mens artikler, der udelukkende benyttede brugerbetalte screeningsinstrumenter samt deskriptive studier af fængselspopulationer, blev fravalgt.

Gennemgangen af den eksisterende viden om screeningsinstrumenter i fængselsregi resulterede i, at der blev identificeret syv relevante screeningsinstrumenter<sup>5</sup>, som er udviklet i forbindelse med undersøgelser foretaget i England, Australien og USA. Da der ikke blev identificeret nogen danske screeningsinstrumenter, som var relevante for dette screeningsprojekt, skal erfaringerne fra de fundne screeningsinstrumenter betragtes med det forbehold, at de er udviklet i en anden organisatorisk og kulturel kontekst end den danske. Et fællestræk ved de fundne screeningsinstrumenter er, at de er udviklet med det formål at udarbejde et billigt og validt screeningsinstrument, der kan anvendes til at skelne mellem psykisk syge og raske i fængselspopulationer, og at instrumenterne er lette at administrere.

---

<sup>5</sup> The Referral Decision Scale, The Brief Jail Mental Health Screen, The Modified Mini Screener, Correctional Mental Health Screen, The Mental Health Screening Form-III, K6-skala og K10-skala samt The Screening Instrument for Psychosis (jf. Bilag 3).

De syv screeningsinstrumenter definerer psykisk sygdom forskelligt. Nogle instrumenter har en meget bred definition af psykisk sygdom, hvorimod andre er defineret snævert fx ved skizofreni, depression og bipolar sindslidelse. To af screeningsinstrumenterne er udviklet til brug for at screene for psykisk sygdom blandt personer med et samtidigt misbrug (se evt. en udvidet beskrivelse af screeningsinstrumenterne i bilag 3).

På baggrund af litteraturgennemgangen stod det klart, at det var nødvendigt at udvikle et nyt screeningsinstrument, som var i overensstemmelse med Kriminalforsorgens principper for straffuldbyrdelse og den øvrige danske og internationale lovgivning på området, idet ingen af de eksisterende screeningsinstrumenter var umiddelbart anvendelige i en dansk kontekst.

### 3.2. Undersøgelsens screeningsinstrument

Kriminalforsorgen udarbejdede derfor i samarbejde med tilknyttede psykiatriske konsulenter, og på baggrund af ovenstående danske og internationale forskning om psykisk sygdom og screening for psykisk sygdom og andre psykiatriske lidelser, et screeningsinstrument, som indeholdte 41 strukturerede og semistrukturerede spørgsmål (dette spørgeskema og den senere reviderede udgave heraf er vedlagt som bilag 4 og bilag 5).

#### 3.2.1. Operationalisering af begrebet psykisk sygdom

Gennemgangen af den eksisterende viden om screeningsundersøgelser for psykisk sygdom i fængselspopulationer viste, at det er kompliceret at udarbejde et screeningsinstrument. Problemet består blandt andet i at definere begrebet *psykisk sygdom* i forhold til a) hvilke sygdomme instrumentet skal identificere, b) operationaliseringen af de specifikke sygdomme på symptomniveau og c) at sikre den nødvendige viden hos de personalegrupper, der efterfølgende skal anvende screeningsinstrumentet. Samtidigt bliver screeningen besværliggjort af, at gruppen af varetægtsarrestanter er en yderst heterogen gruppe med mange komplekse, sameksisterende problemstillinger, som vanskeliggør udviklingen af et universelt screeningsinstrument, der effektivt kan understøtte sygeplejerskernes screeningsproces.

Begreberne *sindssygdom* og *psykose* er komplekse begreber i straffelov og psykiatrilov, som ikke er klart afgrænset definatorisk (Brandt-Christensen & Bertelsen, 2010). Begrebet *sindssygdom* anvendes for sindslidelser, hvor der er en markant ændring af personligheden, tab af realitetssans og realitetstilpasning (Brandt-Christensen & Bertelsen, 2010). Samtidig følger det, som nævnt i afsnit

2.3., af straffelovens § 16, at personer, der var utilregnelige på gerningstidspunktet på grund af sindssygdom eller tilstande, der må ligestilles hermed, ikke straffes.

I forbindelse med udarbejdelsen af screeningsinstrumentet var det nødvendigt at konkretisere, hvad der forstås ved begreberne *psykisk sygdom*, *sindssygdom* og *psykose*, således at begreberne kunne operationaliseres og bringes i anvendelse i forbindelse med screeningen. Kort sagt at eksplicite, hvad screeningsinstrumentet skulle bistå med at identificere.

Operationaliseringen af begrebet *psykiske sygdomme* måtte derfor foretages ud fra en vurdering af, hvorvidt indsatte er/var sindssyg eller ej. I psykiatrien anvendes uætiologiske klassifikationssystemer, som beror på de symptomer, som patienterne oplever og beskriver (deskriptiv klassifikation)<sup>6</sup> frem for på symptomernes årsager eller kontekst. For at kunne anvende deskriptiv klassifikation beskrives en 'prototype' som en slags standard inden for hver diagnose. Ved psykiatrisk udredning tages der således stilling til, om patienten 'ligner' prototypen eller ej. Disse prototyper er beskrevet i to anerkendte klassifikationssystemer; henholdsvis det europæiske ICD-10 fra 1993 og det amerikanske DSM-IV-TR fra 2000. Klassifikationssystemerne bygger på et princip om, at hvis et nærmere angivet antal diagnostiske kriterier er opfyldt, stilles en diagnose.

Formålet med klassifikationssystemerne er at øge pålideligheden af psykiatrisk diagnostik på tværs af lokale, nationale og internationale praksiskulturer gennem standardisering af diagnosekriterierne. Det er imidlertid et åbent spørgsmål om validiteten er særlig god, idet klassifikationssystemerne vægter reliabiliteten højere (se endvidere bilag 1 for så vidt angår introduktion til de to diagnosesystemer samt dertilhørende beskrivelse af de diagnosticeringsredskaber, som har været anvendt af screeningsprojektets psykiatere).

### 3.2.2. Screeningsinstrumentets opbygning

Screeningsinstrumentet er opbygget som et spørgeskema byggede på den kvantitative videnskabelige tilgang, der ofte anvendes til målinger af psykologiske ytringer i den kliniske psykometri<sup>7</sup>, og er i sit indhold inspireret af andre screeningsinstrumenter, herunder 'K6' og 'Psychosis Screener', jf. bilag 3.

<sup>6</sup> Både WHO's klassifikationssystem ICD-10 og APA's klassifikationssystem DSM-IV-TR knytter sig til et uætiologisk udgangspunkt, og betoner dermed kategoriel konsistens og reliabilitet på bekostning af ætologi (og validitet)

<sup>7</sup> Psykometrien giver ved hjælp af vurderingsskalaer eller spørgeskemaer en sproglig præcisering af symptomer og en tilstandsbeskrivelse af individers adfærd, som gør, at der kan foretages en sammenligning mellem patienterne (Bech, 2011).

Screeningsinstrumentet består af åbne og lukkede spørgsmål om sociodemografiske forhold, tidligere kontakt med det psykiatriske behandlingssystem, symptomer på psykisk sygdom samt stamdata om indsattes cpr-nummer, indsættelsestidspunkt, samtykke mv. Spørgsmålene er primært udarbejdet som enkeltleddede spørgsmål for at imødekomme varetægtspopulationens ofte ganske begrænsede skolefærdigheder. Udvælgelsen af spørgsmål, der afdækker symptomer på psykisk sygdom, er foretaget af projektets ledende psykiatriske konsulent. Ved de semistrukturerede spørgsmål har sygeplejerskerne derimod selv formuleret spørgsmålene ud fra nogle overordnede instruktioner. Derefter har sygeplejersken besvaret spørgsmålene i de angivne svarkategorier på baggrund af en individuel, subjektiv vurdering af indsattes svar. I forhold til at screene for ADHD blev den anerkendte skala, ADHD Self Rating Scale (ASRS), inddraget (Kessler et al., 2007), (Kessler et al., 2005a). ASRS består af 18 spørgsmål om hyppigheden af ADHD-symptomer. Screeningsinstrumentet og manual er vedlagt som bilag 4, bilag 5 og bilag 6, mens bilag 7 indeholder en udvidet gennemgang af formålet med de enkelte spørgsmål samt en henvisning til, hvor de enkelte spørgsmål er hentet fra.

### **3.3. Deltagende personale, tjenestesteder og indsatte**

Da undersøgelsens hovedformål var at udvikle og teste et screeningsinstrument til brug for tidlig identifikation af indsatte med psykisk sygdom, var det nødvendigt dels at ansætte en gruppe projektsygeplejersker, der havde lyst og mod på opgaven, dels at ansætte psykiatriske konsulenter med de nødvendige kompetencer til at diagnosticere alle i undersøgelsespopulationen, det vil sige både psykiatere med speciale i voksenpsykiatri og psykiatere med speciale i børne- og ungepsykiatri. Derudover var det nødvendigt at udpege nogle tjenestesteder, som var robuste nok til at kunne løfte projektet. I det følgende beskrives denne proces nærmere.

#### **3.3.1. Ansættelse af projektpersonale**

Processen med at tilknytte sygeplejersker til projektet forløb relativt let. På Vestre Fængsel blev projektsygeplejerskerne rekrutteret blandt de i forvejen ansatte sygeplejersker, mens stillingerne blev opslået i arresthusene i Odense og Århus. Der har i løbet af projektperioden været tilknyttet i alt 11 sygeplejersker til projektet på Vestre Fængsel, heraf har nogle været tilknyttet projektet gennem hele perioden, mens andre enten har deltaget i projektets startperiode eller i afslutningsfasen. I Ar-

resthuset i Odense blev opgaven varetaget af én sygeplejerske, mens opgavevaretagelsen blev delt mellem to sygeplejersker i Arresthuset i Århus.

Tilknytning af speciallægekapacitet i form af psykiatriske konsulenter med forskellige specialområder mødte en del problemer i de indledende projektfaser pga. den generelle speciallægemangel. Det lykkedes imidlertid tidligt at få stillingen som projektleder på Vestre Fængsel besat, hvorefter de øvrige stillinger ligeledes blev besat. De psykiatriske udredninger blev foretaget af i alt fem forskellige psykiatere, hvoraf to var ansat i Arresthuset i Århus, en var ansat i Arresthuset i Odense og to var ansat på Vestre Fængsel. Den ledende psykiatriske projektkonsulent var fuldtidsansat på projektet på Vestre fængsel hele inklusionsperioden fra 1. december 2009 - 31. marts 2012, mens de øvrige psykiatere var deltidsansatte med et fast antal timer ugentligt.

### **3.3.2. Deltagende institutioner**

For at opnå landsdækkende viden om psykisk sygdom blandt varetægtsfængslede i Danmark blev screeningsprojektet i efteråret 2009 iværksat i tre af Kriminalforsorgens arresthuse – Arresthuset i Aarhus, Arresthuset i Odense og Vestre Fængsel (del af Københavns Fængsler), som hver skulle bidrage med indsamling af en tredjedel af datamaterialet. Udvalget af institutionerne blev foretaget ud fra hensyn til lokale forhold, institutionernes beliggenhed, størrelse og klientel samt den formodede mulighed for at rekruttere sundhedsfagligt personale til projektet. Det viste sig imidlertid tidligt, at den månedlige tilgang af indsatte til projektet i arresthusene i Aarhus og Odense var væsentlig lavere end forventet. Det blev derfor besluttet at nedlægge projektet i de to arresthuse samt at udvide projektet i Vestre Fængsel fra oktober 2010, idet Vestre Fængsel havde et tilfredsstillende rekrutteringsgrundlag for en efterfølgende statistisk analyse og evaluering af, om screeningsordningen kunne anbefales forlænget og eventuelt udbredt på landsplan. Projektsygeplejerskerne og de psykiatriske konsulenter blev således opsagt i arresthusene i Odense og Aarhus, mens der blev ansat flere projektsygeplejersker og to psykiatere mere i Vestre Fængsel. Derudover blev det indsamlede materiale fra Odense og Aarhus anvendt til en intern evaluering, hvorefter det udgik af undersøgelsesmaterialet.

Det udarbejdede screeningsinstrument har således været anvendt (i to forskellige versioner, jf. kapitel 3.5) på Vestre Fængsel i perioden fra 1. december 2009 – 31. marts 2012. De efterfølgende analyser er udelukkende baseret på det datamateriale, som er indsamlet på Vestre Fængsel.

### 3.3.3 Inklusions- og eksklusionskriterier for undersøgelsespopulationen

#### **Inklusionskriterier**

Undersøgelsespopulationen i Vestre Fængsel omfattede fra starten af projektperioden samtlige unge ((14)15-21-årige) varetægtsfængslede samt de nyindsatte varetægtsfængslede, som blev indsat på mandage og tirsdage. Todages-inklusionen på Vestre Fængsel var iværksat for at sikre, at arresthuset kun undersøgte en tredjedel af den samlede undersøgelsespopulation (Arresthusene i Odense og Århus var (som nævnt) tiltænkt at tilvejebringe de øvrige to-tredjedele). Undersøgelsespopulationen på Vestre Fængsel blev imidlertid udvidet til at omfatte alle nyindsatte varetægtsarrestanter samtlige ugedage fra oktober 2010 som følge af projektets ændringer (jf. afsnit 3.3.2).

Samtlige varetægtsarrestanter blev forsøgt inkluderet i undersøgelsen indenfor de første 72 timer af varetægtsfængslingen, da psykisk sygdom ønskedes identificeret så tidligt som muligt efter indsættelsen.

#### **Eksklusionskriterier**

Undersøgelsen byggede på danske versioner af screeningsinstrumentet og på diagnostiske interviews, som foregik på dansk. Derfor var der stor risiko for, at utilstrækkelige danskkundskaber ville vanskeliggøre interviewene og tolkningen af indsattes svar, som således kunne kompromittere undersøgelsens resultater. For at sikre færrest mulige fejlkilder i det indsamlede datamateriale blev indsatte uden dansk CPR-nummer ekskluderet<sup>8</sup>.

Eksklusionskriterierne blev derfor:

- a) varetægtsarrestanter uden dansk CPR-nummer udgår af undersøgelsespopulationen
- b) varetægtsarrestanter, der er frihedsberøvede i henhold til udlændingeloven, udgår af undersøgelsespopulationen
- c) Varetægtsarrestanter, der har deltaget i projektet inden for de seneste 6 måneder, udgår af undersøgelsespopulationen

Sidstnævnte eksklusionskriterium blev besluttet for at optimere projektets ressourceanvendelse, idet den enkeltes psykiatriske helbredstilstand ikke formodedes at ændre sig markant inden for seks måneder.

---

<sup>8</sup> Selvom et dansk CPR-nummer ikke i sig selv er en garant for gode danskkundskaber, forudsætter det dog en vis relation til Danmark, som forventedes at øge sandsynligheden for at tale dansk. Psykiaterne skulle desuden i relevant omfang indhente tidligere sagsakter og udtalelser fra pårørende til brug for udredning, som formodes lettere tilgængelige for indsatte med dansk CPR-nummer.

### 3.4. Dataindsamling - de praktiske procedurer

De praktiske procedurer for dataindsamling i forbindelse med screeningsprojektet har overordnet været ens for hele undersøgelsesperioden, om end enkelte forhold blev ændret i forbindelse med midtvejsevalueringen (jf. kapitel 3.5). På den baggrund er undersøgelsen delt i to; første projektperiode løb fra 1. december 2009 – 30. september 2011, mens anden projektperiode løb fra 1. oktober 2011- 31. marts 2012.

#### 3.4.1. Screeningsprocedurer

Sygeplejerskerne har dagligt foretaget et udtræk fra Kriminalforsorgens Klientssystem, som indeholder data om indsatte, hvorefter der er taget kontakt til de nyindsatte varetægtsarrestanter, der opfyldte undersøgelsens inklusionskriterier, jf. kapitel 3.3.3. I anden projektperiode blev det endvidere undersøgt, om varetægtsarrestanten tidligere var idømt en psykiatrisk foranstaltningsdom.

Dernæst har sygeplejerskerne informeret de indsatte om undersøgelsen både mundtligt og skriftligt, jf. kapitel 7.2. Det blev fremhævet, at det var væsentligt for undersøgelsen både at inkludere personer med psykiske problemstillinger og indsatte uden psykiske problemstillinger. Herefter fik den indsatte mulighed for betænkningstid, inden han/hun skulle beslutte sig for at deltage eller ej.

Sygeplejerskerne gennemførte dernæst et interview med de indsatte, der gav informeret samtykke, hvor screeningsinstrumentets spørgsmål blev besvaret. Dette interview blev igangsat hurtigst muligt og inden 72 timer fra indsættelsestidspunktet. Varigheden af screeningsinterviewet varierede mellem 15 og 90 minutter afhængig af den indsattes sindstilstand og meddelsomhed. Fremgik det i interviewet, at indsatte tidligere havde været i psykiatrisk eller psykologisk behandling, forsøgte sygeplejersken at opnå samtykke til at indhente oplysninger om disse behandlingskontakter.

Efter hvert screeningsinterview skulle sygeplejersken vurdere, om den indsatte var psykisk syg eller ej, hvorefter sygeplejersken indtastede svarene fra screeningsinstrument i en database. De indsatte, som ikke gav informeret samtykke, blev både registreret i databasen til brug for de senere bortfaldsanalyser og i den elektroniske journal, for at de ikke blev forsøgt inddraget i undersøgelsen igen.

I samtlige tilfælde, hvor sygeplejersken skønnede, at indsatte havde en psykisk sygdom eller var i en tilstand, der krævede akut intervention, blev den vagthavende læge på Vestre Fængsel kontaktet i henhold til de almindelig gældende regler for sundhedsbetjeningen i Kriminalforsorgens institutioner.



### 3.4.2. Udredningsprocedurer

De psykiatriske konsulenter kontaktede herefter hurtigst muligt – *uanset og uafhængigt af sygeplejerskernes vurdering* - de indsatte, der havde gennemført screeningssamtalen med projektsygeplejerskerne, således at den første diagnostiske samtale med den indsatte så vidt muligt påbegyndtes senest 10 dage efter indsættelsen. Sygeplejerskernes udfyldte screeningsskemaer var tilgængelige for psykiaterne, men blev ikke læst af psykiaterne før efter endt udredning af indsatte.

### Udredning for psykiske sygdomme blandt varetægtsfængslede

De psykiatriske konsulents diagnostiske udredning af indsatte var inddelt i tre faser. Første fase bestod af en undersøgelse for psykiatriske diagnoser med SCAN version 2.1 og SCID-II. Det diagnostiske interview blev ofte opdelt i to samtaler. Nogle interview var korte, hvis indsatte ikke ønskede at fortsætte, mens andre interview sammenlagt varede 1½-5 timer<sup>9</sup>. I de tilfælde, hvor der forelå information om tidligere indlæggelse eller behandling i psykiatrisk regi, vurderede den psykiatriske konsulent, hvorvidt denne information skulle forsøges indhentet, og om den var relevant i forbindelse med udredningen af indsatte. Anden fase af udredningen bestod af psykiaterens tolkning af, om den stillede diagnose var en psykotisk tilstand, som var det primære mål for sygeplejerskernes screening. Tredje fase bestod af en vurdering af, hvorvidt indsattes tilstand gav anledning til at kontakte de tjenestegørende læger på Vestre Hospital. I de tilfælde, hvor de psykiatriske konsulenter vurderede, at den indsatte var psykisk syg, kontaktede de øjeblikkeligt en læge på Vestre Fængsels hospital, som dernæst traf afgørelse om overførsel til psykiatrien, medicinering mv.

### Yderligere udredning af 14-21-årige

For delpopulationen af 14-21-årige, der blev undersøgt for ADHD og adfærdsforstyrrelser, var SCAN-interviewet ikke tilstrækkeligt. Derfor blev der foretaget en videre udredning, hvor den unges forældre/værger blev kontaktet enten telefonisk eller skriftligt og uddannelsesinstitutioners oplysninger om varetægtsarrestanten blev forsøgt indhentet<sup>10</sup>. Som en yderligere beskrivelse af populationen blev Wenders Utah Rating Scale (WURS) anvendt. Den engelske version af dette skema er en valideret skala til at rate voksne ADHD-patienters barndomssymptomer. Der blev anvendt en til lejligheden oversat dansk version, som ikke er valideret. Derudover blev en rating skala ved navn "5-15 Nordisk-skema" anvendt. Skalaen vedrører forældrenes vurdering af barnets udvikling og

<sup>9</sup> For delpopulationen af unge, der blev undersøgt for bl.a. ADHD, tog udredningen ofte længere tid.

<sup>10</sup> Såfremt der var tale om indsatte i retsligt isolation eller med brev- og besøgskontrol, blev politiet endvidere kontaktet med henblik på at opnå accept af, at de pårørende blev kontaktet. Pårørende og indsatte har ikke været i kontakt med hinanden under denne procedure.

adfærd og anvendes normalt for specifikke alderstrin. I dette projekt er forældrene blevet bedt om at udfylde den retrospektivt for indsattes fulde barndom. Skalaen bruges til at vurdere, om der har været ADHD-symptomer for et specifikt alderstrin, og om der har været andre udviklingsmæssige forstyrrelser til stede på de specifikke alderstrin. Endelig har varetægtsarrestanten, og om muligt også de pårørende, udfyldt skalaen ADHD-RS for indsattes barndom. Denne skala vurderer sværhedsgraden af ADHD-symptomerne og undersøger samtidig for 'Oppositionel Defiant Disorder (ODD)', på dansk 'Oppositionel adfærdsforstyrrelse'. Derudover er en delmængde af spørgsmålene fra SCID-II blevet benyttet for at undersøge for adfærdsforstyrrelser<sup>11</sup>. De psykiatriske konsulenter har på baggrund af disse data og den øvrige sygehistorie vurderet, hvorvidt den indsatte opfyldte kriterierne for adfærdsforstyrrelser, oppositionel adfærdsforstyrrelse, gennemgribende udviklingsforstyrrelse og/eller ADHD i henhold til DSM-IV-TR og har herefter stillet en diagnose.

*Skema vedrørende de redskaber, som psykiaterne har anvendt til udredning*

Klassifikationssystem	Interview	Sygdomme
ICD-10	SCAN	F00-F59 (misbrug, skizofrenispektret mv.)
DSM-IV-TR	SCID-II	Personlighedsforstyrrelser
DSM-IV-TR & ICD-10	SCID-II, WURS, 5-15, ADHD-RS	ADHD, ODD, CD og Autismespektrum

### Psykiaternes indberetning

Psykiaterne udfærdigede på baggrund af samtalerne et klientnotat vedrørende indsattes diagnose samt et referat af den psykiatriske udredning. Derudover indberettede psykiaterne niveauet for gennemførelsen af den enkelte udredning, og om indsatte var psykisk syg eller ej efter hver udredning, herunder angav konklusionen på SCAN-interviewet for ICD-10 diagnoserne F00-F59. For den unge delpopulation blev det endvidere registreret, hvorvidt ADHD, ODD, CD og gennemgribende udviklingsforstyrrelser var til stede, mens konklusionen på SCID-II-interviewet blev angivet for delpopulationen af indsatte over 22 år. Afsluttende blev samtlige diagnoser for den indsatte indberettet i et diagnosefelt (jf. bilag 8).

<sup>11</sup> Spørgsmål 105-119 i SCID II.

### 3.5. Midtvejsevaluering

For at understøtte gennemførelsen af screeningsprojektet mest muligt - i forhold til henholdsvis at sikre en optimal ressourceanvendelse, maksimal inklusion af indsatte i projektet og en systematisk og effektiv praksis - blev der gennemført en midtvejsevaluering af projektet, om end projektet i øvrigt blev evalueret løbende i projektperioden.

Midtvejsevalueringen bestod af en kvalitativ dataindsamling blandt projektets sygeplejersker vedrørende deres erfaringer med screeningsinstrumentet, herunder vanskeligheder og barrierer ved brugen af screeningsinstrumentet samt forslag til ændringer. Denne dataindsamling blev efterfulgt af statistiske analyser på de indberettede data. De statistiske analyser byggede på logistisk regression og udpegede de spørgsmål i screeningsinstrumentet, der bedst forklarede, hvorvidt indsatte var psykisk syge eller havde ADHD.

#### 3.5.1. Revidering af screeningsinstrumentet til sygeplejerskerne

Resultaterne af analyserne mandede ud i en revidering af screeningsinstrumentet, således at overflødige spørgsmål i screeningsinstrumentet udgik, og at screeningsinstrumentet blev ændret til en mere praksisorienteret udgave, som også ville kunne anvendes i Kriminalforsorgens institutioner efter screeningsprojektets afslutning. Ønsket var, at screeningsinstrumentet skulle fokusere mere specifikt på psykisk sygdom og være mere anvendeligt i sygeplejerskernes hverdagspraksis. Derudover var formålet at sikre god ressourceanvendelse ved at øge antallet af screeninger og diagnostiseringer.

Ved revideringen af screeningsinstrumentet til sygeplejerskerne blev spørgsmålene vedrørende ADHD udeladt, da de statistiske analyser viste, at størstedelen af de screenede indsatte gav udslag på spørgsmålene om ADHD - uanset om pågældende havde ADHD eller ej. Spørgsmålene bidrog derfor ikke til at identificere indsatte med behov for udredning af hverken ADHD eller psykisk sygdom. Som tidligere nævnt er det generelt vanskeligt at skelne mellem symptomer på ADHD og symptomer på andre psykiske lidelser. Screeningen for ADHD blandt varetægtsarrestanterne blev yderligere vanskeliggjort af, at varetægtsfængslingen i sig selv ofte forårsager ADHD-lignende symptomer i form af impulsivitet, rastløshed og humørsvingninger. Screeningsinstrumentets ADHD-spørgsmål gjorde derfor ikke sygeplejerskerne i stand til at skelne symptomer på ADHD fra tegn på tilpasningsreaktioner, misbrug eller psykisk sygdom.

Screeningsinstrumentet blev således rettet mere specifikt mod identificering af psykisk syge indsatte i anden projektperiode. Derudover blev der udarbejdet en spørgeskemamanual til sygeple-

jerskerne, som i højere grad sikrede udnyttelsen af sygeplejerskernes faglige kompetencer og højnede validiteten af deres screeninger. Manualen bestod af en gennemgang af de enkelte spørgsmål samt en beskrivelse af sikre tegn på psykisk sygdom. Der blev lagt vægt på, at sygeplejerskerne både skulle medtage symptomer, der var til stede i undersøgelsessituationen, samt oplysninger om symptomer og eventuel psykiatrisk behandling fra før indsættelsen og interviewet.

### 3.5.2. Revidering af psykiaternes udredning af indsatte

Første projektperiode viste, at andelen af gennemførte ADHD-udredninger var lavere end forventet. En primær årsag til den relative lave gennemførselsgrad var, at det var vanskeligt at indhente den nødvendige information om ADHD-symptomernes forekomst i indsattes tidligere barndom, herunder i barndomshjemmet og skoleregi. Dette skyldtes bl.a., at de 14-21-årige hurtigt overflyttedes til andre institutioner, hvorved de udgik af undersøgelsen, ofte havde brev- og besøgskontrol og ofte var børn af forældre, der ikke fik besvaret anmodningen om oplysningerne.

Informationer fra indsatte forældre har af flere grunde været særligt afgørende for at kunne stille diagnosen ADHD i den undersøgte varetægtspopulation. Indsatte med et samtidigt misbrug lever ofte et ustruktureret og uorganiseret socialt liv, hvilket afstedkommer, at spørgsmålene, der anvendes ved udredning for ADHD, bliver meningsløse – herunder fx spørgsmål om eksekutive funktioner, såsom planlægning af dagligdagen, styring af økonomien, tidsforståelse og gennemførelse af opgaver. Samtidig har indsatte med et mangeårigt misbrug ofte en så begrænset hukommelse, at de ikke kan besvare retrospektive spørgsmål omhandlende tiden, før de påbegyndte misbruget, hvorved screenings- og udredningsinstrumenter, der anvendes til at identificere ADHD-diagnosen, kommer til kort. Derudover har mange varetægtsfængslede (som nævnt) et højt niveau af forstyrrende symptomer, fordi varetægtssituationen i sig selv kan medføre en stresstilstand. For at adskille symptomerne, der er opstået som følge af varetægtssituationen, fra symptomer på ADHD kræves således, at der indhentes oplysninger fra forældrene for tiden inden indsættelsen.

ADHD-diagnosen stilles, som andre psykiatriske diagnoser, i fraværet af anden forklarende årsag. Som ovenstående viser, har de forklarende faktorer på ADHD-symptomer været svære at etablere under varetægtsfængslingen. Derfor var det kun ved en klar indikation af, at indsatte havde ADHD, at der blev rettet henvendelse til lægen på Vestre Hospital vedrørende eventuel iværksættelse af medicinsk behandling<sup>12</sup>.

---

<sup>12</sup> Projektets psykiatriske konsulenter har således ikke iværksat behandling, men alene forestået diagnosticeringen.

Projektets psykiatere erfarede på baggrund af ovenstående, at diagnosticering af ADHD i den første tid af en varetægtsperiode ikke var optimal. I anden projektperiode blev delpopulationen af indsatte i alderen 18-22 år derfor udredt på samme måde som populationen over 22 år, mens unge mellem 14-17 år blev udredt for psykisk sygdomme med SCAN version 2.1.

## 4. Datamaterialet

I det følgende beskrives først de data, der er indsamlet til brug for undersøgelsen samt den gennemførte datavalidering. Dernæst præsenteres undersøgelsens inklusions- og bortfaldsanalyser, herunder forskellige årsager til bortfald. Endelig præsenteres, hvorledes data vil blive fremstillet under præsentationen af undersøgelsens resultater.

### 4.1. Datakilder

Data består af flere typer af oplysninger, herunder primært:

- En type oplysninger er faktuelle oplysninger, herunder indsættelsestidspunktet, som er indhentet fra de akter, som Kriminalforsorgen har til rådighed vedrørende den pågældende indsatte.
- En anden type oplysninger er den indsatte egne oplysninger, der både er indsamlet af projektsygeplejerskerne og psykiaterne, og som blandt andet er oplysninger om symptomer på psykisk sygdom, tidligere behandling, selvmordstanker, beskæftigelse, uddannelse og forbrug af rusmidler.
- En tredje type oplysninger er psykiaternes og sygeplejernes vurdering af den indsatte. Psykiaterne har vurderet indsatte brug af rusmidler og om den indsatte har psykiatriske diagnoser. Projektsygeplejerskerne har vurderet de indsatte i forhold til, om de indsatte udviste tegn på psykisk sygdom, mentalt retardering eller behov for behandling.

Datamaterialet består derfor både af oplysninger fra Kriminalforsorgens Klientssystem, af indsatte egne oplysninger og af sygeplejerskernes og psykiaternes vurdering af den indsatte. Nogle oplysninger er besvaret af samtlige undersøgte indsatte, mens andre kun er besvaret i første projektperiode, idet oplysningen ikke er indhentet i anden projektperiode, hvor screeningsinstrumentet bestod af en delmængde af de spørgsmål, som blev anvendt i første projektperiode.

### 4.2 Datarensning

Projektets sygeplejersker og psykiatere har løbende registreret de indsamlede data i en elektronisk database. Indtastningerne er blevet kvalitetssikret med de udfyldte registreringsskemaer fra sygeplejerskerne og psykiaterne. Ved uoverensstemmelse mellem det indtastede i den elektroniske database og de udfyldte registreringsskemaer er der foretaget en ny indtastning i overensstemmelse med det

udfyldte registreringskema. Ved tvivlsspørgsmål har den psykiatriske konsulent været kontaktet for afklaring af, hvad der var korrekt i forhold til udredningen.

Hver indsat er diagnosticeret med op til tre diagnosegrupper – misbrug (F10-19), psykiatrisk sygdom eller lidelse (F00-09, F20-59, F80-98) samt personlighedsforstyrrelse (DSM-IV-TR svarende til F60-69). Inden for hver af disse tre grupper kan der være stillet flere diagnoser, fx at en indsat havde et alkohol-, et hash- og et kokainmisbrug, at en indsat havde såvel depressive symptomer som angstsymptomer eller at en indsat havde personlighedstræk forenelige med såvel en paranoid som en antisocial personlighedsforstyrrelse. For at lette oversigten over materialet og muliggøre statistiske analyser, har Direktoratets psykiatriske konsulent, Peter Kramp, foretaget en gruppering af data, hvor følgende principper er lagt til grund:

*Psykosediagnosen:* Det kan undertiden være vanskeligt på grundlag af en enkelt undersøgelse at afgøre, om en psykotisk tilstand er betinget af misbrug af rusmidler eller af skizofreni. I denne undersøgelse er der i to tilfælde stillet både en stofdiagnose, fx F19.5, dvs. en psykotisk tilstand betinget af et blandet misbrug af rusmidler, og en skizofrenidiagnose (F20.0). I disse tilfælde er skizofrenidiagnosen valgt, idet undersøgelser har vist, at halvdelen af de mennesker, der har været indlagt med en stofpsykose (hashpsykose) inden for de efterfølgende fem år, har været indlagt med diagnosen skizofreni (Arendt, Rosenberg, Foldager, Perto & Munk-Jørgensen 2005).

*Stofmisbrug:* Mange indsatte har et problembrug eller et skadeligt brug af to eller flere rusmidler, og er altså diagnosticeret med fx afhængighed af alkohol (F10.2), skadeligt brug af hash (F12.1) og afhængighed af kokain (F14.2). Disse kategorier er i forbindelse med denne undersøgelse slået sammen til 'skadeligt brug' eller 'afhængighed' af flere stoffer (F19.1 eller F19.2). Det bemærkes, at den detaljerede klassifikation af misbrug af de enkelte rusmidler er bevaret og brugt i visse analyser af misbrugets omfang (jf. kapitel 5.1.2).

*Andre psykiatriske lidelser:* Bortset fra diagnosen F55.5 (misbrug af steroider og hormoner, se nedenfor) er den laveste diagnosekode valgt i de tilfælde, hvor der er stillet to eller flere diagnoser vedrørende psykiatriske lidelser (F00-09, F30-59, F80-98). Et eksempel er en ikke-psykotisk depressiv tilstand (fx F32.0) i kombination med en angstlidelse (F41.1). Her er diagnosekoden F32.0 valgt, idet depressive tilstande ofte er ledsaget af angstsymptomer, og fordi depressive tilstande er mere relevante at være opmærksom på i en fængselspopulation end angstsymptomer, idet depressive tilstande kan udvikle sig til psykotiske tilstande.

*Misbrug af hormoner eller steroider (F55.5)* er klassificeret selvstændigt i et afsnit om bl.a. spiseforstyrrelser (F50), søvnforstyrrelser (F51) og seksuelle forstyrrelser (F52). Koden for misbrug

af hormoner eller steroider (F55.5) er bevaret (ingen er diagnosticeret med misbrug af andre ikke-afhængighedsskabende præparater såsom afføringsmidler eller vitaminer). Andre diagnoser i F50-59-spektret, som fx søvnforstyrrelser eller seksuelle forstyrrelser, er ikke medtaget, såfremt en anden psykiatrisk lidelse, fx ADHD, er diagnosticeret.

*ADHD og andre adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndommen og de tidlige voksenår:* Såfremt en indsat er diagnosticeret med ADHD (F90.0), er andre diagnoser inden for samme spektrum, fx adfærdsforstyrrelser (F91), ikke medtaget. Da undersøgelsen (også) fokuserer på ADHD er denne diagnose valgt til fordel for fx angstsymptomer.

*Personlighedsforstyrrelser:* Såfremt en indsat er diagnosticeret med to eller flere former for personlighedsforstyrrelse, er den form, der samlet skønnes mest dækkende, valgt. I praksis drejer det sig næsten udelukkende om antisocial personlighedsforstyrrelse.

*Andet:* En psykotisk indsat kan frembyde fx angstsymptomer eller personlighedsafvigende træk. Det vil imidlertid ofte ikke være muligt at afgøre, hvad der skyldes sindssygdommen, og hvad der har andre årsager. Er en indsat derfor diagnosticeret med en psykotisk tilstand – uanset hvilken – er andre diagnoser, herunder eventuelle personlighedsforstyrrelser, ikke medtaget, bortset fra misbrugsdiagnoserne (F1x.1-2).

I de tilfælde, hvor der kunne være tvivl om, hvilken diagnose der skulle vægtes, er den psykiatriske anamnese for pågældende gennemgået, hvorefter der er truffet afgørelse om, hvilken af de registrerede diagnoser der skulle bibeholdes.

## 4.3 Inklusion af indsatte

I dette afsnit præsenteres datamaterialet i forhold til antallet af inkluderede indsatte, herunder i hvilken grad tidsfristerne for inklusionen er overholdt.

### 4.3.1. Inklusion af indsatte

Screeningsprojektet blev som nævnt udført på Vestre Fængsel, som er en ud af fire institutioner under Københavns Fængsler. Københavns Fængsler har i alt 545 pladser, hvoraf de 430 pladser er i Vestre Fængsel. Hvert år indsættes ca. 3.500 personer i Københavns Fængsler<sup>13</sup>, hvoraf langt de fleste således placeres i Vestre Fængsel. En del af de 3.500 personer er anholdte, som løslades igen samme dag, men de fleste er varetægtsfængslede, som afventer dom, tiltalefrafald mv. Vestre

<sup>13</sup> Københavns Fængsler udgør det største arresthus i Danmark. Kriminalforsorgen råder derudover over yderligere 13 fængsler, 43 arresthuse og 8 pensioner (foruden KiF-afdelingerne). I 2011 blev der i alt foretaget 13.946 nyindsættelser i Kriminalforsorgen, hvoraf 3.500 sad i Københavns Fængsler (Kriminalforsorgen, 2012).



Fængsel har desuden et kvindeafsnit, et afsoningsafsnit for negativt stærke indsatte, samt Kriminalforsorgens landsdækkende sygeafdeling (Vestre Hospital) for indsatte, som ikke kan være på en almindelig afdeling, men som heller ikke har behov for indlæggelse på et hospital (Kriminalforsorgen.dk, 2013a).

Ud af samtlige nyindsættelser i Vestre Fængsel blev i alt 1.855 varetægtsarrestanter forsøgt inkluderet i projektet i løbet af undersøgelsesperioden. Heraf gav 916 (49 pct.) samtykke til deltagelse, mens 941 (51 pct.) ikke ønskede at deltage. 672 ud af de 916 indsatte (64 pct.), der gennemførte screeningen ved sygeplejerskerne, blev efterfølgende diagnostisk udredt af de psykiatriske konsulenter, hvorved 36 pct. af de adspurgte varetægtsarrestanter gennemførte undersøgelsen. Det er således sidstnævnte population af 672 varetægtsfængslede, som udgør projektets empiriske fundament.

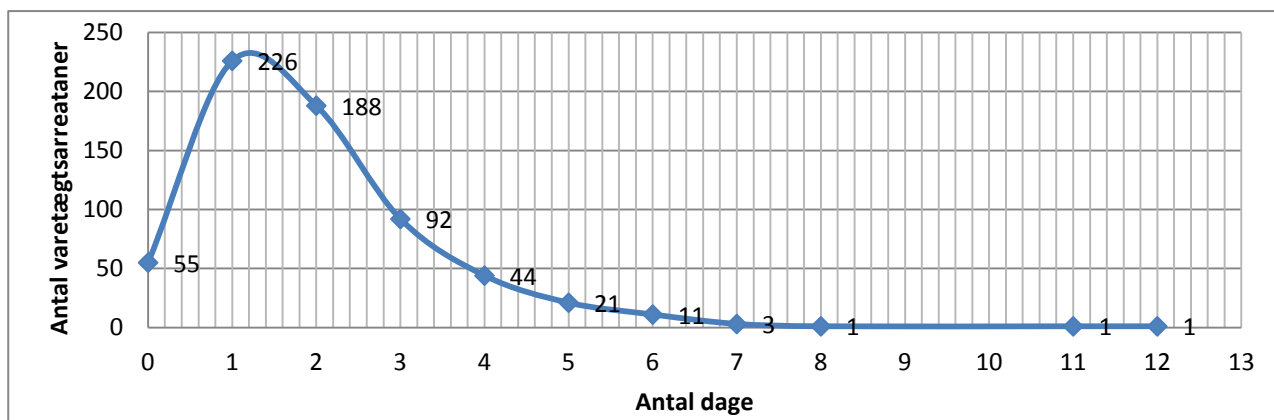
*Tabel 4.1: Oversigt over antallet af gennemførte forløb i projektets faser*

<b>Antal deltagere</b>	<b>Antal</b>	<b>Pct.</b>
Adspurgte varetægtsarrestanter (herefter undersøgelsespopulationen)	1.855	100
Samtykke og screeningssamtale med sygeplejerske (herefter screeningspopulationen)	916	49
Gennemførte psykiatriske udredninger i forhold til undersøgelsespopulationen (herefter de psykiatriske undersøgte)	672	36
Gennemførte psykiatriske udredninger i forhold til antallet af screeningssamtaler (herefter de psykiatriske undersøgte)	672	73

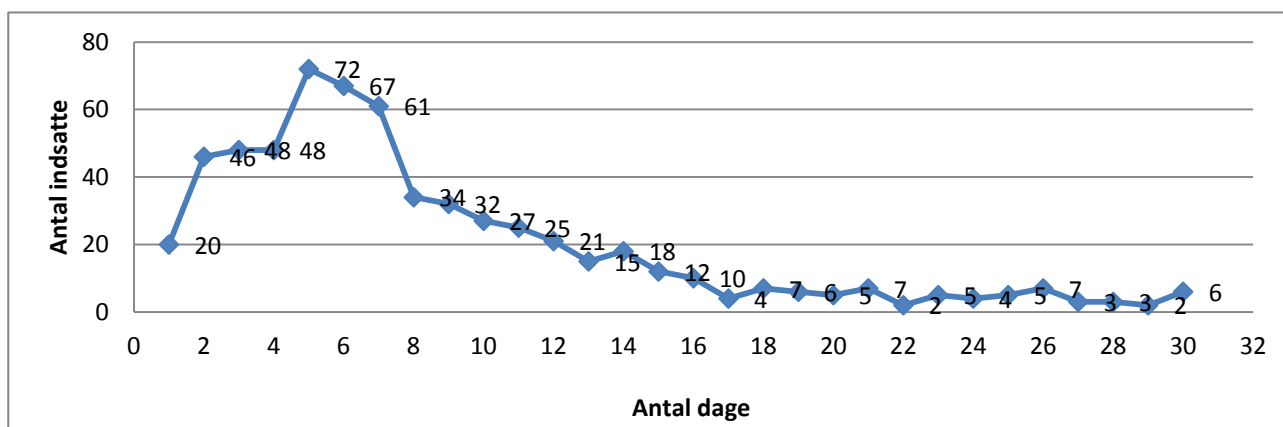
### **Inklusionstid**

Da et af hovedformålene med undersøgelsen var at identificere indsatte med psykiske sygdomme *så tidligt som muligt*, er de indsatte blevet forsøgt inkluderet hurtigst muligt efter indsættelsen. Nedenstående grafer viser, hvor mange dage, der er gået fra indsættelsestidspunktet til henholdsvis screeningssamtalen og første udredningsinterview ved en af de psykiatriske konsulenter.

Figur 4.1: Tidlig inklusion – antal dage fra indsættelsestidspunktet til screeningsamtale.



Figur 4.2 Overholdelse af inklusion indenfor 10 dage



I alt 561 indsatte, svarende til 87 pct. af screeningspopulationen, er blevet screenet af en sygeplejerske inden for inklusionsrammen på 72 timer, mens i alt 438 indsatte, svarende til 68 pct. af screeningspopulationen, påbegyndte det første udredningsinterview ved psykiaterne inden for 10 dage.

#### 4.4. Bortfald og repræsentativitet

Ved kvantitative studier, hvor der anvendes statistiske analyser, bliver det indsamlede materiale behandlet som tilfældigt udvalgte stikprøver fra den undersøgte population. En nødvendig betingelse for, at undersøgelsens resultater er repræsentative for totalpopulationen, er derfor, at alle de personer, som undersøgelsen udtaler sig om, har haft samme chance for at komme med i undersøgelsen, og at sandsynligheden herfor samtidig har været indbyrdes uafhængig.

Disse kriterier har ikke været opfyldt i denne undersøgelse. Undersøgelsen er for det første kun blev gennemført i Vestre Fængsel, hvilket betyder, at såfremt der er forskel på indsatte i hoved-

stadsområdet og indsatte i de øvrige landsdele, vil denne forskel ikke være afspejlet i det indsamlede data. Derudover er undersøgelsens kontekst kommet forud for undersøgelsens gennemførelse; screeningsprojektet er gennemført som et naturalistisk studie, hvormed menes, at det er foregået i dagligdagen i et stort arresthus, Vestre Fængsel, hvor forhold som sikkerhed, pladskapacitet og øvrige fængselsmæssige forhold i forbindelse med varetagelse af varetægtsfængslinger og straffuldbyrdelse er kommet forud for projektgennemførelsen. Som konsekvens heraf nåede mange deltagere ikke at gennemføre forløbet, da de enten blev løsladt eller overflyttet til en anden institution, inden de var diagnostisk udredt. Af denne årsag kan der udmærket være forskel på de indsatte, der har deltaget i undersøgelsen, og de der udgik af undersøgelsen på grund af ovenstående forhold. Endelig er undersøgelsen baseret på frivillig deltagelse, hvilket i sig selv kan have betydning for, at nogle grupper af indsatte er underrepræsenteret, mens andre grupper er overrepræsenteret i data. Det betyder alt i alt, at undersøgelsens resultater ikke umiddelbart kan generaliseres til varetægtspopulationen som helhed, men kun udtaler sig om den specifikke gruppe af indsatte, der er blevet undersøgt på Vestre Fængsel.

I forhold til undersøgelsens hovedformål, som var at udarbejde og afprøve et screeningsinstrument til brug for tidlig identifikation af psykisk syge og dernæst at afgøre, om sygeplejerskerne kan identificere psykisk sygdom blandt varetægtsfængslede, er spørgsmålet om repræsentativitet mindre væsentligt. En sådan identifikation bygger primært på at påvise sindssygdomssymptomer, medens fx køn, alder, misbrug mv. er uden betydning for selve den diagnostiske proces, men selvsagt ikke for fx sygdommens årsag, fordeling, udvikling mv. Spørgsmålet om repræsentativitet bliver derimod centralt for så vidt angår beskrivelsen af undersøgelsespopulationens socio-demografiske forhold mv. (kap. 6), herunder om denne beskrivelse af undersøgelsespopulationen er repræsentativ for den generelle varetægtspopulation<sup>14</sup>.

I tillæg til de ovenfor nævnte forhold er det væsentligt for undersøgelsens repræsentativitet, at undersøgelsen ikke er præget af et bortfald, som ligeledes kan tænkes at skævvride undersøgelsens resultater. I de følgende afsnit præsenteres forskellige årsager til bortfaldet i undersøgelsen.

---

<sup>14</sup> Der er i forbindelse med projektet foretaget en kort bortfaldsanalyse (se nærmere bilag 9).

#### 4.4.1. Årsager til bortfald

I dette afsnit beskrives forskellige årsager til bortfald i screeningsprojektet, herunder at undersøgelsespopulationen er præget af et betragteligt bortfald og derved muligvis også af bias.

##### *Bortfald som følge af undersøgelsens rammer*

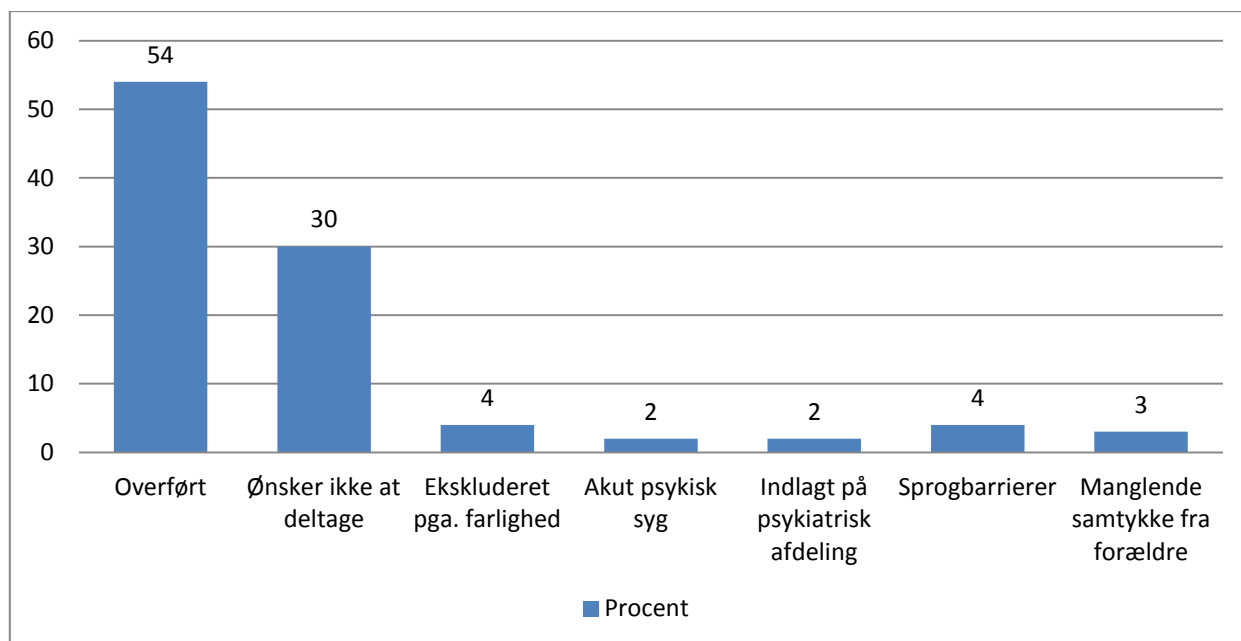
En del af undersøgelsens bortfald skyldes *de rammer*, som undersøgelsen foregik i. Det er en udfordring at gennemføre undersøgelser i et fængselsregime, som er præget af faste rutiner, stramme regler, mange sikkerhedsforanstaltninger og korte tidsfrister.

- **Overførsler til anden institution i Kriminalforsorgen**

Mange indsatte er, som del af Kriminalforsorgens almindelige opgavevaretagelse, overført fra Vestre Fængsel i projektperioden. Overførsler afstedkommes af flere årsager, herunder for at løse kapacitetsproblemer eller som en konsekvens af den almindelige prioritering af særlige grupper i fængslerne, hvor der foretages overflytninger af indsatte til andre arresthuse. I Vestre Fængsel overføres indsatte uden behandlingsbehov ofte til Blegdamsvejens Fængsel, mens varetægtsfængslede i dagtimerne overføres til Nytorvs Fængsel, hvis de skal fremstilles i Københavns Byret. Indsatte, som optræder voldeligt eller alvorligt truende i arresthusene, overføres til Politigårdens Fængsel, medens indsatte med behov for somatisk behandling samt kvindelige indsatte bibeholdes på Vestre Fængsel. Derudover overføres indsatte til øvrige arresthuse, fængsler og andre institutioner af mange andre årsager. Disse overførsler gør, at undersøgelsespopulationen ikke nødvendigvis er repræsentativ for den generelle varetægtspopulation. Derudover kan der argumenteres for, at varetægtsarrestanterne i hovedstadsområdet på væsentlige områder generelt adskiller sig fra varetægtsarrestanterne i de øvrige arresthuse. Det er således væsentligt at understrege, at undersøgelsespopulationen er en selekteret population, der har haft ophold på Vestre Fængsel så længe, at det har været muligt at gennemføre en psykiatrisk udredning og dermed bevare dem i undersøgelsespopulationen. Samtidig skal det bemærkes, at det ikke kan fastslås, om undersøgelsespopulationen er repræsentativ for de indsatte, der fravalgte at deltage i undersøgelsen eller for de øvrige indsatte i Kriminalforsorgens institutioner.

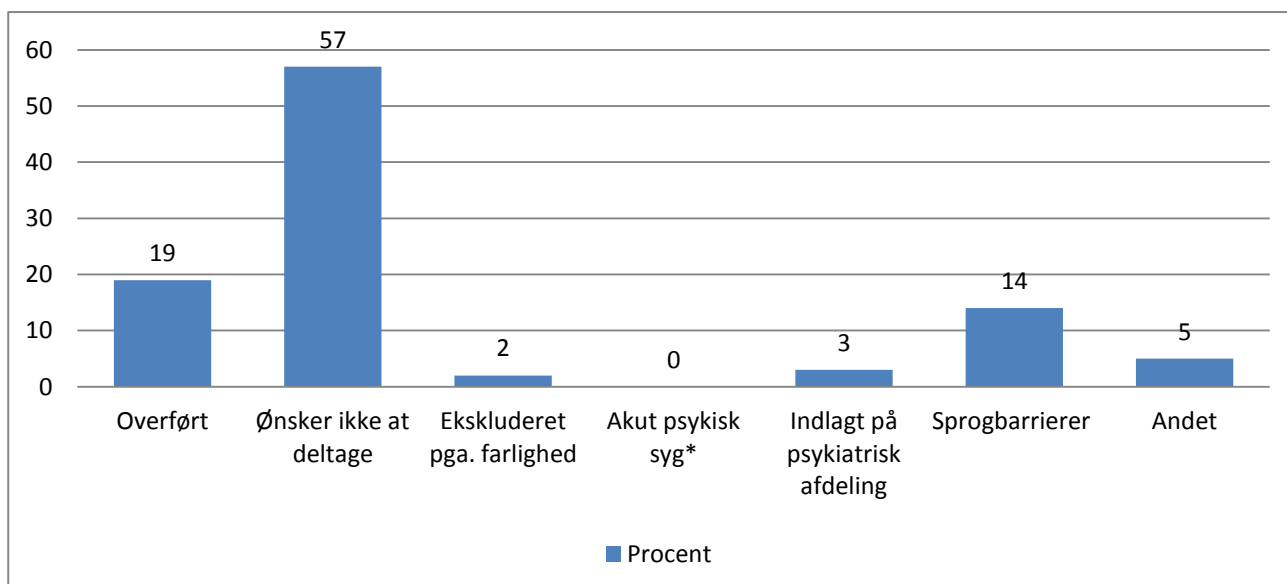
Der har i løbet af projektperioden været mange overførsler, da der har været flere varetægtsfængslede end der er pladser til i Vestre Fængsel. En del varetægtsarrestanter har derfor ikke gennemført en tilfredsstillende udredning på grund af overflytning, jf. figur 4.3, 4.4 og 4.5 nedenfor.

Figur 4.3: Årsager til manglende inklusion i undersøgelsen i 1. periode<sup>15</sup>



Ovenstående figur bygger på datamaterialet for første undersøgelsesperiode, og opsummerer, hvad der er angivet som årsag til bortfald for de 96 indsatte, der ikke gennemførte en fuld udredning.

Figur 4.4: Årsager til manglende inklusion i undersøgelsen i 2. periode

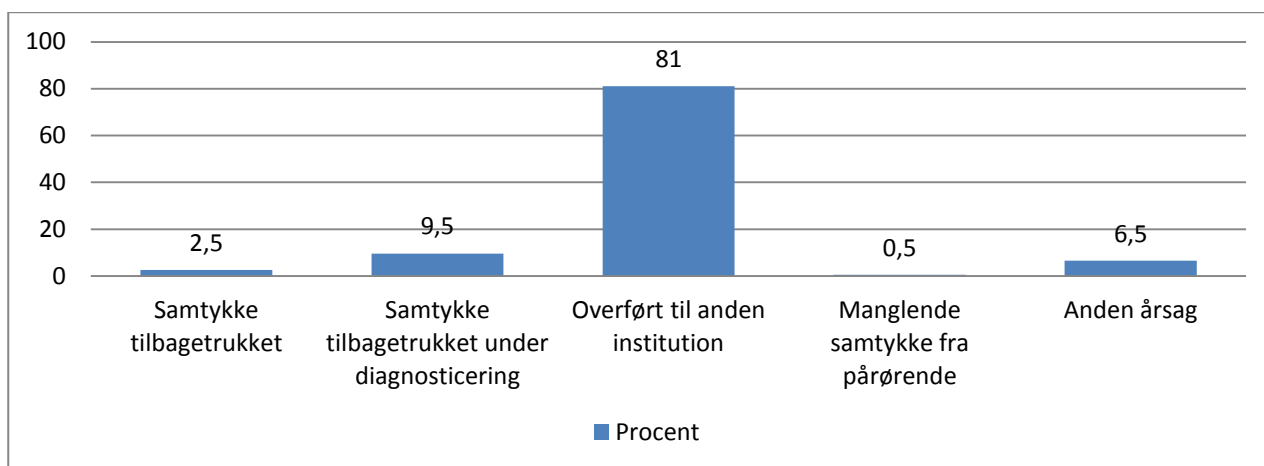


<sup>15</sup> Årsagerne til manglende deltagelse blev ikke indberettet i første projektperiode, hvor bortfaldet i stedet blev registreret af sygeplejerskerne under *andet* sidst i spørgeskemaet.

I anden periode blev årsagerne til bortfald registreret. Figuren baserer sig på 341 indtastninger foretaget af projektsygeplejerskerne. Under *andet* er følgende årsager til bortfald registreret: 3 indsatte er abstinente, 3 indsatte 'orke ikke' og er dermed vurderet uegnet til undersøgelsen, 3 indsatte gav samtykke, men det ikke var muligt at gennemføre interviews på grund af koncentrationsbesvær og fokus på andre problemer.

Ud af de 916 indsatte, der har givet samtykke til at deltage i projektet og dermed er blevet screenet af en projektsygeplejerske, er 671 indsatte udredt af en psykiater. Af de 245, som ikke er udredt af en psykiater, er årsagen for manglende udredning angivet for 203 indsatte.

Figur 4.5. Bortfald for indsatte, der er screenet af sygeplejerske, men ikke udredt af psykiater



De psykiatriske konsulenter har ofte brugt to samtaler med indsatte for en tilfredsstillende udredning. Ca. 10 pct. af de indsatte har tilbagetrukket samtykket efter første samtale, fordi de ikke ønskede at bruge mere tid på undersøgelsen.

Tabel 4.2. Udredningernes gennemførelsesgrad

n=671	Antal	Procent
Ja, udredningen er gennemført	410	61
Delvist, samtykke tilbagetrukket under diagnosticering	37	6
Delvist, overført til anden institution	90	13
Delvist, manglende samtykke fra pårørende	47	7
Delvist, anden årsag	87	13
<b>I alt</b>	<b>671</b>	<b>100</b>

- **Begrænset tilgængelighed til indsatte**

Den daglige organisering på Vestre Fængsel har ligeledes påvirket *tilgængeligheden af de indsatte* i forhold til undersøgelsen. Varetægtsfængslede tilbydes aktiviteter som for eksempel un-

dervisning, fællesskab med andre indsatte, fysisk træning, gårdture og beskæftigelse (Kriminalforsorgen.dk, 2013b). Derudover har aktiviteter, som fx social- eller sundhedsrelaterede samtaler, retsmøder, advokatsamtaler, gejstlig betjening og ugentlige besøg, begrænset de indsattes tilgængelighed. De forskellige aktiviteter har betydet, at det indimellem var vanskeligt for sygeplejerskerne og de psykiatriske konsulenter at finde tidspunkter, hvor de varetægtsfængslede var ledige til at deltage i undersøgelsen, idet størstedelen af de indsatte prioriterede de ovennævnte aktiviteter frem for undersøgelsen.

Derudover har de psykiatriske konsulenter af sikkerhedsmæssige årsager været afhængige af fængselsbetjente til at følge de indsatte til psykiaternes kontor. Dette har medført en del spildtid for psykiaterne, fordi eskorteringen af indsatte blandt andet skulle tilpasses fængselsbetjentes arbejdsrutiner. Endelig er det ikke i alle tilfælde lykkedes psykiaterne at gennemføre en fuld udredning for de isolationsfængslede, da særlige sikkerhedsforhold gør sig gældende for denne gruppe.

### *Bortfald relateret til undersøgelsesdesign*

En anden del af undersøgelsens bortfald kan føres tilbage til undersøgelsens *design*.

- **Inklusionsramme på 72 timer**

Inklusionsrammen på 72 timer har givet grund til en del bortfald, da de første døgn af en varetægtsfængsling ofte er turbulente. Mange indsatte har således ikke haft overskud til at modtage information om undersøgelsen eller til at træffe beslutning om deltagelse. Derudover har sygeplejerskernes informationsindsats været afgørende for rekrutteringen af indsatte til undersøgelsen. Sygeplejerskerne erfarede tidligt, at det var væsentligt for inklusionen af indsatte, at de ikke blot udleverede informationsfolderen om screeningsprojektet til de nyindsatte, men fulgte informationsfolderen op med en omfattende mundtlig beskrivelse af undersøgelsen, hvilket imidlertid ikke altid var tidsmæssigt muligt i sygeplejerskernes arbejdsgang.

Projektsygeplejerskerne erfarede endvidere, at indsatte, der led af en psykisk sygdom, ofte frabad sig at deltage i undersøgelsen. Denne observation byggede blandt andet på, at sygeplejerskerne læste de varetægtsfængslede journaler, inden de informerede om projektet, og bemærkede en tendens til, at de personer, der havde en registreret psykisk sygdom, konsekvent fravalgte at deltage i projektet. Derudover har varetægtsfængslede, der var åbenlyst psykotiske, ikke været forsøgt inddraget, da de omgående er søgt overført til psykiatrisk behandling af fængslets sundhedspersonale.

Varetægtsfængslede, hvor der skulle være to betjente ved kontakt på grund af aggressiv adfærd eller øvrige disciplinære forhold, er blevet ekskluderet, da tilstedeværelse af betjente under interviewsituationerne var uforeneligt med den personlige samtale om psykisk sygdom.

- **Frivillig deltagelse**

En anden faktor, der kan have påvirket bortfaldet og dermed undersøgelsens repræsentativitet, er det forhold, at projektdeltagelsen var baseret på frivillighed. Frivilligheden har betydet, at 51 pct. af varetægtspopulationen ikke deltog, fordi de ikke ønskede det. Det har muligvis betydet, at der er forskel på de indsatte, der valgte at deltage i undersøgelsen og de indsatte, der ikke ønskede at deltage i undersøgelsen, herunder for eksempel, at de indsatte, der har valgt at deltage i projektet, er indsatte, der gerne vil udredes af en psykiater, mens indsatte med kendte psykiske lidelser kan have fravalgt undersøgelsen. Derudover kan der være enkeltgrupper, som for eksempel indsatte med bande- og rockerrelationer, der i langt højere grad end den øvrige varetægtspopulation har afholdt sig fra at deltage i undersøgelsen.

### *ADHD-relateret bortfald*

Bortfaldet relaterede sig ikke blot til ovenstående faktorer, men i lige så høj grad til specifikke faktorer som udelukkende påvirkede bortfaldet i delpopulationen af unge, som blev undersøgt for ADHD, herunder fx at nogle unge ikke ønskede, at deres forældre blev inddraget i undersøgelsen, hvilket var en central del af udredningen.

Gruppen af unge, der gav informeret samtykke til at deltage i projektet, gav derimod generelt udtryk for et stort engagement i at færdiggøre udredningen. På trods heraf var tilgængeligheden af indsatte (som nævnt) ofte et problem blandt den unge population, fordi udredningen ofte blev forsinket af diverse aktiviteter, og mange udredninger nåede derfor ikke at blive tilendebragt, inden den unge blev overført eller løsladt. Derudover returnerede mange af de unges forældre ikke den nødvendige fuldmagt eller andre oplysninger, som var nødvendige for at gennemføre en udredning af den unge, selvom den unge havde ytret ønske herom.

### *Overførsler til psykiatriske behandlingsafdelinger*

De psykiatriske konsulenter i screeningsprojektet har diagnosticeret 54 indsatte med psykisk sygdom i screeningsundersøgelsen i perioden fra den 1. september 2009 til den 31. marts 2012.

I samme periode udarbejdede det sundhedsfaglige personale på Københavns Fængsler 176 overførselsanmodninger til psykiatrien i Region Hovedstaden. Overførselsanmodningerne vedrørte

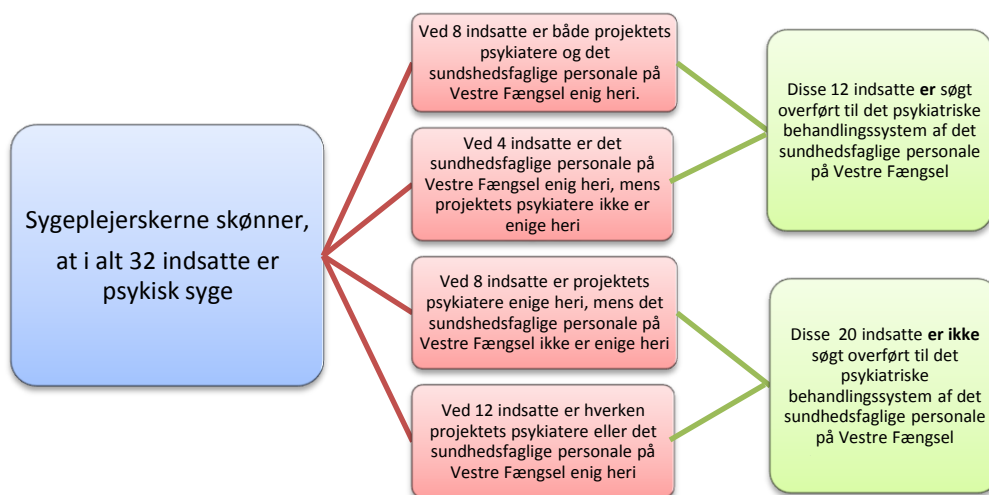


158 personer, hvoraf enkelte indsatte blev søgt overført 2 og 3 gange under forskellige, uafhængige indsættelsesforløb. De 176 overførelsesanmodninger mandede ud i 134 gennemførte overførsler til psykiatrien. Derudover blev 28 anmodninger annulleret, fx pga. at den indsatte blev løsladt inden overførelsen blev effektueret, mens 14 afventede overførsel ved projektets afslutning.

Sammenkøres data fra direktoratets generelle database om overførsler af psykisk syge indsatte til det psykiatriske behandlingssystem med datamaterialet fra dette screeningsprojekt viser sammenkørslerne, at 78 ud af de 158 indsatte (49,4 pct.), der blev søgt overført til en psykiatrisk afdeling fra Københavns Fængsler i perioden, er forsøgt inkluderet i screeningsundersøgelsen. Heraf er 37 indsatte både blevet screenet af sygeplejerskerne og efterfølgende blevet diagnostisk udredt ved en psykiater i screeningsprojektet. Af denne gruppe er 24 indsatte (65 pct.) diagnosticeret med psykisk sygdom i screeningsprojektet. De resterende 30 indsatte (55,5 pct.) af de indsatte, som screeningsprojektets psykiatere har diagnosticeret med psykisk sygdom, er ikke søgt overført til en psykiatrisk afdeling ved projektperiodens afslutning.

Sammenholdes sygeplejerskernes skøn vedrørende de 32 indsatte, som sygeplejerskerne skønner psykotiske, med henholdsvis de psykiatriske konsulents konklusioner og de overførelsesanmodninger, som det sundhedsfaglige personale på Københavns Fængsler har indberettet, kan følgende diagram opstilles:

Figur 4.6. Diagram over sygeplejerskernes skøn versus de psykiatriske konsulenter og det sundhedsfaglige personale på Københavns Fængsler, Vestre Fængsel.



Diagrammet viser, at 12 ud af de 32 indsatte, som sygeplejerskerne skønner psykotiske, efterfølgende er søgt overført til en psykiatrisk afdeling. I 8 tilfælde er der fuld overensstemmelse mellem

sygeplejerskerne, screeningsprojektets psykiatere og det sundhedsfaglige personale på Københavns Fængsler. I 4 tilfælde er der overensstemmelse mellem sygeplejerskerne og det sundhedsfaglige personale på Københavns Fængsler, men ikke med screeningsprojektets psykiatere. I 8 tilfælde er der overensstemmelse mellem sygeplejerskerne og screeningsprojektets psykiatere, men ikke med det sundhedsfaglige personale på Københavns Fængsler og i 12 tilfælde har hverken screeningsprojektets psykiatere eller det sundhedsfaglige personale på Københavns Fængsler ment, at den indsatte var psykisk syg. Der er med andre ord ikke altid overensstemmelse om vurderingen af indsatte i de tre personalegrupper.

Det bemærkes, at der blandt de psykiatrisk overførte kan være indsatte, der ikke er søgt overført som følge af psykisk sygdom, men som følge af en § 68-69-foranstaltning.

Det bemærkes desuden, at de åbenlyst sindssyge - som følge af den generelle sundhedsbetjening på Vestre Fængsel - i vid udstrækning er udgået af undersøgelsen, inden de er blevet tilset af projektets psykiatere. En utilsigtet konsekvens heraf er, at projektsygeplejerskernes evne til at identificere indsatte med psykiske sygdomme fremstår svagere i projektet, end reelt er tilfældet, idet de indsatte, som umiddelbart identificeres som psykisk syge, ikke inkluderes i undersøgelsespopulationen og således ikke medtælles i sygeplejerskernes succesrate. Undersøgelsespopulation omfatter dermed primært de såkaldt *stille psykisk syge*, som alt andet lige er sværere at identificere end *de åbenlyst sindssyge*.

Endelig bemærkes, at resultatet af screeningsundersøgelsen altså *ikke* viser, hvor mange psykotiske varetægtsfængslede, der indsættes i Vestre Fængsel, idet halvdelen (50,6 pct.) af de varetægtsfængslede, der er søgt indlagt på psykiatrisk afdeling, er søgt overført af fængslets generelle sundhedspersonale, inden pågældende er forsøgt inkluderet i screeningsundersøgelsen.

### *Varetægtsfængslede versus afsonere*

Endelig er det i forbindelse med spørgsmålet om repræsentativitet væsentligt at fremhæve, at undersøgelsespopulationen består af varetægtsarrestanter, ikke af anholdte, øvrige sigtede eller afsonere. Der er i den forbindelse grund til at overveje, om varetægtsfængslede generelt adskiller sig fra den øvrige fangepopulation for så vidt angår den enkelte indsattes køn, alder, sindstilstand<sup>16</sup>, den påsigtede forbrydelse og lignende. Sidstnævnte skyldes ikke mindst, at retsplejelovens § 762, stk. 1, om varetægtsfængsling implicerer, at en sigtet person kun kan varetægtsfængsles, såfremt der er be-

<sup>16</sup> Det er velkendt, at særligt de første døgn af varetægsperioden, hvor screeningsundersøgelsens datamateriale er indsamlet, er særdeles stressende og turbulente for mange varetægtsarrestanter (dette forhold belyses nærmere i afsnit 6.2.1).

grundet mistanke om, at han/hun har begået en lovovertrædelse, som kan medføre fængsel i 1 år og 6 måneder eller derover<sup>17</sup>, og at der samtidig er grund til at antage, at pågældende enten er undvigelsestruet, vil begå ny kriminalitet på fri fod eller kan antages at ville vanskeliggøre efterforskningen, eksempelvis ved at fjerne spor eller true vidner. Endvidere anviser § 762 stk. 2, at en sigtet kan varetægtsfængsles, hvis pågældende har begået en lovovertrædelse, som kan medføre fængsel i 6 år eller derover, eller voldskriminalitet, efter hensyn til retshåndhævelsen. Endelig anviser retsplejelovens § 762, stk. 3, at varetægtsfængsling *ikke* kan anvendes, hvis lovovertrædelsen kan ventes at medføre straf af bøde eller fængsel i højst 30 dage, eller hvis frihedsberøvelsen vil stå i misforhold til den herved forvoldte forstyrrelse af sigtedes forhold, sagens betydning og den retsfølge, som kan ventes, hvis sigtede findes skyldig (lovteksten vedrørende varetægtsfængsling er vedlagt i bilag 10) (Justitsministeriet, 2011).

Det følger heraf, at varetægtsfængsling kun anvendes ved forbrydelser af en vis grovhed. Mens langt størstedelen af de, der afsøner en fængselsstraf, *ikke* har været varetægtsfængslet inden domsafsigelsen, men er indsat fra fri fod, idømmes langt størstedelen af de, der er varetægtsfængslet en dom og skifter indsættelsesstatus fra 'varetægtsarrestant' til 'afsøner', *uden* at have været på fri fod. Varetægtsarrestanterne repræsenterer med andre ord den alvorligste kriminalitet af samtlige indsatte.

#### 4.5. Datafremstilling

Datamaterialet består af forskellige grupper af indsatte. I nogle analyser består datamaterialet af samtlige 1.857 indsatte, der er forsøgt inkluderet i undersøgelsen. Denne gruppe benævnes herefter som *undersøgelsespopulationen*. I andre analyser består datamaterialet af de svar, som de 672 indsatte, der har gennemført sygeplejerskernes screeningsinterview og dernæst er blevet psykiatrisk udredt ved en af projektets psykiatriske konsulenter, har afgivet. Denne gruppe benævnes herefter som *psykiatrisk udredte indsatte*.

Til analyse af materialet er der foretaget en almindelig tabellægning. Analyserne er primært foretaget på aggregeret niveau. Sammenhænge mellem kategoriske variable er undersøgt ved hjælp

---

<sup>17</sup> I 2010 blev der ifølge Danmarks Statistik afsagt i alt 11.667 ubetingede fængselsdomme. Heraf var strafflængden maksimalt halvandet år i 10.753 tilfælde (92 pct.), *mere end halvandet år* i 828 tilfælde (7 pct.) og uoplyst i 86 tilfælde (1 pct.). Undersøgelsespopulationen udgør med andre ord en stor andel af de 7 procent, som idømmes de hårdeste straffe, da de andre fængselsdomme er for korte til at danne grundlag for en varetægtsfængsling. Den gennemsnitlige strafflængde for fængselsstraffe var i 2010 6,5 måneder (Danmarks Statistik, 2011: 94).

af (likelihood-ratio) Chi-i-anden-test. Når flere end to variable er inddraget, er materialet analyseret ved logistiske regressioner.

De statistiske analyser skal i øvrigt ikke omtales nærmere. En forskel (eller lighed) anses for sikker (statistisk signifikant), såfremt  $p \leq 0.05$ ; dvs. at sandsynligheden for, at der er tale om en tilfældig fordeling, og at der reelt ikke er nogen forskel, er mindre end 5 pct.  $p \leq 0.001$  betyder, at sandsynligheden er mindre end 1 promille.

Det skal bemærkes, at antallet af personer varierer i tabellerne og i de forskellige analyser. Denne variation skyldes, at nogle oplysninger ikke er registreret for enkelte indsatte, som derfor er udgået af datamaterialet i forbindelse med den pågældende beregning.

## 5. Resultater af screeningsundersøgelsen

Dette kapitel omhandler resultaterne vedrørende sygeplejerskernes evne til at identificere indsatte med psykisk sygdom ved hjælp af det udarbejdede screeningsinstrument. Kapitlet er opdelt i fire underafsnit.

I kapitel 5.1 præsenteres resultaterne af psykiaternes diagnostiske udredninger. Først præsenteres fordelingen af indsatte med og uden psykisk sygdom. Herefter præsenteres antallet af stillede diagnoser fordelt efter WHO's ICD-10 klassifikation og diagnostiske kriterier, hvorefter fordelingen af diagnoserne uddybes i underafsnit om misbrugsdiagnoserne, personlighedsforstyrrelser, skizofrenispektret og øvrige diagnoser samt diagnoser, der er stillet i forbindelse med udredning af de unge indsatte. I de tilfælde, hvor det er muligt, vil disse resultater blive sammenholdt med tilsvarende fordelinger i den generelle danske befolkning og med tidligere studier omhandlende tilsvarende populationer. Afsnittet afsluttes med en kort sammenfatning.

I kapitel 5.2 præsenteres *resultaterne af sygeplejerskernes skøn* ved tre spørgsmål om indsatte psykiske tilstand; nemlig a) om sygeplejersken har mistanke om, at indsatte har en behandlingskrævende psykisk forstyrrelse eller sygdom, der kræver tilsyn af en psykiatrisk konsulent, b) om sygeplejersken skønner, at indsattes tilstand kræver akut vurdering af en psykiatrisk konsulent og c) om sygeplejersken skønner, at indsatte er sindssyg (psykotisk). Ved hvert spørgsmål opgøres, hvor stor en andel af de raske indsatte, sygeplejerskerne klassificerer korrekt (specificitet), og hvor stor en andel af de syge, sygeplejerskerne klassificerer korrekt (sensitivitet). Spørgsmålet om sensitivitet og specificitet sammenstilles dernæst i underafsnit 5.2.2. Herefter følger et afsnit om årsager til fald i undersøgelsens sensitivitet, hvorefter der følger en opgørelse af, d) hvorledes de indsatte, som sygeplejerskerne *identificerer som psykisk syge*, er blevet diagnosticeret og e) hvorledes de indsatte, som sygeplejerskerne skønner havende et *behov for et psykiatrisk tilsyn*, er blevet diagnosticeret. Afsnittet afsluttes herefter med en kort opsamling af sygeplejerskernes skøn af indsattes behov for psykiatrisk behandling.

I kapitel 5.3 præsenteres resultaterne af de statistiske analyser af sammenhængen mellem sygeplejerskernes vurderinger og psykiaternes diagnostiske udredning. Først beskrives modelsøgningen og de udfordringer, der har været i forbindelse hermed. Dernæst præsenteres resultaterne af den logistiske regressionsmodel, som fremhæver syv specifikke spørgsmål, der kan anbefales indført i Kriminalforsorgens screeningsprocedurer ved nyankomst til arresthusene. Derefter følger et afsnit med analyser vedrørende sammenhængen mellem falske positive (raske, som sygeplejersker-

ne vurderer psykisk syge) og falske negative (psykisk syge, som sygeplejerskerne vurderer raske), hvor forskellige tærskelværdier for overensstemmelsen mellem falske positive og falske negative præsenteres. Endelig følger en sammenfattende diskussion af resultaterne af screeningsprojektet for psykisk sygdom i afsnit 5.4.

## **5.1. Psykiatriske diagnoser**

Psykiaterne har ved den psykiatriske udredning af de 672 varetægtsarrestanter stillet diagnoser efter WHO's ICD-10 klassifikation og diagnostiske kriterier, bortset fra diagnoserne vedrørende personlighedsforstyrrelserne, som er stillet efter American Psychiatric Association (APA)s DSM-IV-TR diagnostiske kriterier (se bilag 1 for nærmere beskrivelse af disse klassifikationssystemer).

### **5.1.1 Fordelingen af diagnoser**

Ud af undersøgelsespopulationens 672 indsatte er 59 indsatte (9 pct.) fundet raske. Rask betyder i denne sammenhæng, at indsatte ikke opfylder de diagnostiske kriterier for psykisk sygdom eller andre psykiske lidelser. 54 indsatte (8 pct.) er diagnosticeret med en psykisk sygdom, hvilket vil sige enten en stofpsykose (F1x.5), en diagnose indenfor skizofrenispektret (F20-29), en organisk betinget psykose (F00-9) eller en psykotisk tilstand inden for det affektive spektrum (F30-39) evt. kombineret med et skadeligt brug eller et afhængighedssyndrom af et eller flere misbrugsstoffer (F1x.1-2). De resterende 559 indsatte (83 pct.) er diagnosticeret med andre psykiske lidelser. De stillede diagnoser er opgjort i nedenstående tabel i den rækkefølge, som fremgår af ICD-10-systemets kategorisering.

Tabel 5.1: Fordeling af diagnoser efter WHO's ICD-10 klassifikation og diagnostiske kriterier samt APA's DSM-IV-TR

n=672	Antal	Procentiel forekomst blandt indsatte	Procent af diagnoser
F00-09 Organiske (inkl. symptomatiske) psykiske lidelser	12	2	1
F10-19 Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller andre psykoaktive stoffer	407	61	41
F20-29 Skizofreni, skizotypisk sindslidelse, paranoide psykoser, akutte og forbigående psykoser samt skizoaffektive psykoser	42	6	4
F30-F39 Affektive sindslidelser	44	7	4
F40-49 Nervøse og stress-relaterede tilstande samt tilstande med nervøst betingede legemlige symptomer	132	20	13
F55.5 Misbrug af steroider eller hormoner	37	6	4
DSM-IV-TR Personlighedsforstyrrelser** (svarende til ICD-10 F60-69)	225	33	23
F90-98 Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndom eller adolescens	82	12	8
<b>I alt</b>	<b>981</b>	<b>-*</b>	<b>98***</b>

\*I alt kan ikke angives i pct., da flere indsatte er diagnosticeret med en misbrugsdiagnose (F10-19), en anden psykiatrisk diagnose (enten en F00-09, en F20-49 eller en F90-98), misbrug af steroider eller hormoner (F55.5) og/eller en personlighedsforstyrrelse samtidigt.

\*\* Diagnoserne 'Forstyrrelser og forandringer af personlighedsstruktur og adfærd' (F60-69) er stillet efter DSM-IV-TR kriterierne (se endvidere tabel 5.4 nedenfor). Der er ikke undersøgt for diagnoserne 'F70-79 Mental retardering' i screeningsprojektet. Diagnoserne 'F50-59 Adfærdsændringer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske reaktioner' (F55.5 undtaget) og 'F80-89 Psykiske udviklingsforstyrrelser' er udgået af data i screeningsprojektet.

\*\*\*I alt summer ikke til 100 pct. pga. afrunding.

Som det fremgår af tabellen, har psykiaterne stillet i alt 981 diagnoser i forbindelse med de psykiatriske udredninger af de 672 varetægtsarrestanter, heraf 407 misbrugsdiagnoser og 574 øvrige psykiatriske diagnoser. Det betyder med andre ord, at mange indsatte har fået stillet mere end en diagnose. De personer, der er diagnosticeret med andre psykiatriske lidelser, har ofte fået stillet flere samtidige diagnoser, dog højst fire diagnoser<sup>18</sup> fordelt på maksimalt én diagnose indenfor hver af følgende fire diagnosegrupper: a) en misbrugsdiagnose (F1x.1-2), b) en psykisk sygdom eller anden psykiatrisk lidelse indenfor F00-09, F20-49 eller F90-98, c) en personlighedsforstyrrelse (DSM-kategorierne) og/eller d) et misbrug af steroider eller hormoner (F55.5).

Den generelle tabellægning af resultaterne er opdelt i indsatte med psykisk sygdom og indsatte uden psykisk sygdom. Det er i den forbindelse vigtigt at være opmærksom på, at gruppen af varetægtsarrestanter *uden* psykisk sygdom både består af de 59 arrestanter, der ikke har fået en diagnose af pro-

<sup>18</sup> I de tilfælde, hvor en indsat er diagnosticeret med to samtidige diagnoser indenfor F00-09, F30-49, F80-98, eksempelvis både en depressiv tilstand (fx F32) og en angstlidelse (fx F40), er den laveste diagnosekode valgt, altså F32: Depressiv enkeltepisode.

jektets psykiatere, og af de 559 arrestanter, som er diagnosticeret med anden psykisk lidelse end psykisk sygdom. Gruppen af arrestanter uden psykisk sygdom spænder derfor bredt, selvom gruppen fremstilles som en homogen gruppe under tabellægningen i de følgende afsnit, hvor de stillede diagnoser fordelt indenfor de overordnede diagnosekapitler udfoldes.

### 5.1.2 Misbrug

Den hyppigst forekommende diagnose i undersøgelsespopulationen er en diagnose inden for *Psykiiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller andre psykoaktive stoffer* (F10-19). Mere end 6 ud af 10 indsatte har et alkohol- og/eller stofmisbrug, og 63 pct. af misbrugerne har et multipelt misbrug (F19.1-5). Den næsthyppest misbrugsdiagnose blandt de indsatte er misbrug af cannabinoider (hashmisbrug), som alene tegner sig for en femtedel af misbrugsdiagnoserne (jf. tabel 5.2).

Tabel 5.2: Misbrugsdiagnoser F10-19

n=672	n	Procent af misbrugere	Procent af 672
F10.1-5 Alkohol	34	8	5
F11.1-5 Opioider	5	1	1
F12.1-5 Cannabinoider	80	20	12
F13.1-5 Sedativa eller hypnotika (beroligende medicin)	6	1	1
F14.1-5 Kokain	19	5	3
F15.1-5 Centralstimulerende stoffer	7	2	1
F16.1-5 Hallucinogener	1	0	0
F18.1-5 Opløsningsmidler	0	0	0
F19.1-5 Multiple eller andre psykoaktive stoffer	255	63	38
Personer med misbrugsdiagnose i alt	407	100	100

\*Personer, der er diagnosticeret med flere samtidige misbrugsdiagnoser, er anført under F19.

Af ovenstående 407 misbrugsdiagnoser vedrører 399 diagnoser skadeligt brug<sup>19</sup> (F1x.1) eller afhængighedssyndrom<sup>20</sup> (F1x.2), mens i alt 8 indsatte er diagnosticeret med en psykotisk tilstand forårsaget af rusmidler (en F1x.5-diagnose), herunder 1 af hash og 7 af multiple eller andre psykoaktive stoffer. Fordeles de indsattes misbrug dernæst på, hvilke rusmidler de indsatte anvender, fremkommer nedenstående tabel.

<sup>19</sup> I ICD-10 defineres et skadeligt brug som 1) fysisk eller psykisk skade, herunder skadet dømmekraft og adfærd, 2) skaden er klar påviselig, 3) varighed mindst en måned eller gentagne gange inden for et år og 4) personen må ikke samtidig opfylde kriterier for F1x.2-9 (Rosenberg 2009: 216).

<sup>20</sup> I ICD-10 defineres et afhængighedssyndrom som mindst tre af følgende forhold inden for 1 måned og/eller gentagne gange inden for 1 år: 1) Stærk trang til stoffet, 2) nedsat kontrol over indtagelse, 3) abstinenssymptomer, 4) tegn på tolerans, 5) optagethed af stoffet og fortsat brug trods erkendt skadevirkning (Rosenberg, 2009: 216).



Tabel 5.3: Misbrug fordelt på rusmidler

Rusmidler	N	Procent af personer med misbrugsdiagnoser (407)
Alkohol	197	48
Opioider	76	19
Cannabinoider (hash)	262	64
Sedativa eller hypnotika (sovemedicin)	64	2
Kokain	167	41
Andre centralstimulerende stoffer	75	18
Hallucinogener	39	10
Opløsningsmidler	1	0
Multiple eller andre psykoaktive stoffer	28*	7
<b>I alt</b>	909	

\*I 28 tilfælde har psykiaterne registreret misbruget som et multipelt misbrug uden at skille dette misbrug ud på de enkelte rusmidler. Disse 28 tilfælde indeholder dermed misbrug af to eller flere rusmidler, som ikke optræder i kolonnen ved det enkelte rusmiddel.

Af tabellen fremgår, at de mest anvendte rusmidler er hash, alkohol og kokain, som anvendes af hhv. 64 pct., 48 pct. og 41 pct. af de indsatte, der er registreret med en misbrugsdiagnose. Derudover anvender knap hver femte indsatte med en misbrugsdiagnose opioider (fx heroin o.l. med morfinlignende effekt) og/eller andre centralstimulerende stoffer end kokain (såsom amfetamin, kath og crack), mens hver tiende anvender hallucinogener (såsom LSD, Ecstasy og andre *designerdrugs*).

Samlet set må undersøgelsespopulationen siges at være svært belastet af misbrug, særligt set i relation til den øvrige danske befolkning, hvor blandt andre Psykiatrifonden anslår, at omkring 140.000 danskere er alkoholafhængige, mens omkring 30.000 er stofmisbrugere. Desuden er hen imod 100.000 danskere afhængige af medicin, som eksempelvis beroligende midler og sovemidler. Sammenlagt har lidt under 5 pct. af den danske befolkning dermed et misbrug (Psykiatrifonden.dk, 2013).

Fordelingen i undersøgelsespopulationen stemmer derimod overens med Kriminalforsorgens årlige opgørelse af indsatte brug af rusmidler 30 dage forud for indsættelsen, som viser, at 69 pct. har indtaget hash, 63 pct. har indtaget centralstimulerende stoffer (herunder kokain), 19 pct. har indtaget opioider, 30 pct. har indtaget alkohol, 13 pct. har indtaget benzodiazepiner, 3 pct. har indtaget hallucinogener og 6,3 pct. har indtaget andre stoffer. Heraf har flere indsatte indtaget mere end et rusmiddel (Kriminalforsorgen, 2012: 21).

Endvidere bemærkes, at antallet af kokainmisbrugere i undersøgelsespopulationen er væsentlig forhøjet set i forhold til, hvad Kriminalforsorgens Rusmiddelundersøgelse for 10 år siden viste (Kramp, Gabrielsen, Lund, Reventlow, & Sindballe, 2003).

Det er velkendt indenfor kriminologien, at misbrug og kriminalitet er forbundne problemstillinger. For det første er mange lovovertrædere påvirket af rusmidler på gerningstidspunktet<sup>21</sup>, ligesom stofmisbrugere ofte er nødsaget til at begå kriminalitet for at finansiere deres misbrug. For det andet står misbrug af ulovlige stoffer i relation til en lang række strafbare handlinger – besiddelse, salg, smugling mv. - og til den organiserede narkokriminalitet (Boyum & Kleiman, 2001: 3). I den kontekst er det således ikke overraskende at finde svære misbrugsproblematikker i en population af varetægtsfængslede.

Misbrug er endvidere ikke blot en selvstændig psykiatrisk diagnose, men ofte forbundet med anden psykisk lidelse. Misbrug ses eksempelvis ofte som led i selvmedicinering af en allerede bestående, men endnu ikke diagnosticeret psykisk lidelse, ligesom misbrug i sig selv kan fremprovokere psykisk sygdom eller andre psykiatriske lidelser hos sårbare personer. Derudover vides, at op mod 50 pct. af alle indlagte psykiatriske patienter opfylder kriterierne for et samtidigt misbrug, ligesom en undersøgelse har vist, at 28 pct. af de stofmisbrugere, der henvendte sig med henblik på afvænningsbehandling, også havde en psykiatrisk diagnose (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2006: 13).

### 5.1.3 Personlighedsforstyrrelser

Den næsthøypigste diagnose i undersøgelsespopulationen er en personlighedsforstyrrelse. For at kunne diagnosticere en personlighedsforstyrrelse anvendes en overordnet definition på personlighedsforstyrrelser i APA's DSM-IV-TR, hvor der fokuseres på mønstre i individets oplevelser og adfærd, som a) afviger væsentligt fra omgivelsernes<sup>22</sup>, b) er gennemgribende og vedvarende på tværs af en bred vifte af personlige og sociale situationer og c) medfører væsentlige vanskeligheder og indskrænkninger i individets dagligliv, herunder især evnen til at indgå i og håndtere mellem-menneskelige relationer. Desuden skal de forstyrrede mønstre og aktuelle vanskeligheder være startet allerede i ungdomsårene eller det tidlige voksenliv. Endelig må disse mønstre ikke være indeholdt i eller en konsekvens af en anden psykiatrisk lidelse<sup>23</sup> eller frembragt som en fysiologisk ef-

---

<sup>21</sup> Sammenhængen mellem lovbrud og indtagelse af rusmidler varierer med kriminalitetens art og imellem de forskellige rusmidler. Alkohol tegner sig for langt størsteparten af de lovbrud, som begås under påvirkning af rusmidler, ligesom voldskriminalitet ofte er begået efter indtagelse af rusmidler (Boyum & Kleiman, 2001: 4ff.).

<sup>22</sup> Afgigelsen skal forekomme på mindst to af følgende dimensioner: 1) *kognitivt* i forhold til, hvordan individet forstår sig selv, andre og/eller begivenheder, 2) *affektivt* i omfanget, dybden, stabiliteten og hensigtsmæssigheden i den emotionelle respons, 3) *mellemmenneskelig funktion* og 4) *impulskontrol* (American Psychiatric Association, 2000: 287).

<sup>23</sup> Ved diagnosticering af personlighedsforstyrrelser skal der således først undersøges for andre psykiatriske diagnoser, som kan forklare vedkommendes tilstand. Således udelukker en diagnose indenfor skizofrenispektret en samtidig diagnose for personlighedsforstyrrelse, mens for eksempel en angstlidelse godt kan optræde sammen med en personlighedsforstyrrelse.

fekt af eksempelvis et stofmisbrug, medicinering eller en anden sygdomstilstand (såsom et hovedtraume). Derudover er personlighedsforstyrrelser ofte ledsaget af subjektiv lidelse og nedsat social funktion (American Psychiatric Association, 2000: 287ff.).

Tabel 5.4: Personlighedsforstyrrelser

Personlighedsforstyrrelse n=381*	Antal	Procent af indsatte med personlighedsforstyrrelser (225)	Procent af hele undersøgelses- populationen (672)
Evasiv	4	2	1
Dependent	1	0	0
Depressiv	1	0	0
Paranoid	5	2	1
Skizoid	3	1	0
Skizotypal	1	0	0
Histrionisk	1	0	0
Narcissistisk	5	2	1
Borderline	13	6	2
Antisocial	172	76	26
Uspecificeret	15	7	2
Obsessiv-kompulsiv (n=239)	4	2	1
Passiv-aggressiv (n=239)	0	0	0
<b>I alt</b>	225		33

\*289 indsatte er ikke vurderet, da de ikke gennemførte hele den psykiatriske udredning.

Som det fremgår af ovenstående tabel er 33 pct. af undersøgelsespopulationen diagnosticeret med en personlighedsforstyrrelse, herunder primært en *antisocial personlighedsforstyrrelse*, som udgør 76 pct. af de stillede diagnoser for personlighedsforstyrrelse. Antisocial personlighedsforstyrrelse kendetegnes i APA's definition ved symptomer på grov ligegyldighed overfor andres følelser, manglende ansvarsfølelse og respekt for sociale normer eller forpligtigelser, manglende evner til at fastholde forbindelser med andre, lav frustrationstolerance og aggressionstærskel, samt manglende evne til at føle skyld eller lade sig påvirke af erfaringer, herunder fængselsstraf (American Psychiatric Association, 2000: 291ff.).

De næsthøypigste personlighedsforstyrrelser i undersøgelsespopulationen er *borderline* og *uspecificeret personlighedsforstyrrelse*, som henholdsvis 6 pct. og 7 pct. af de indsatte med personlighedsforstyrrelser er diagnosticeret med. Borderline er kendetegnet ved et gennemgribende mønster af ustabilitet for så vidt angår interpersonelle relationer, egen selvopfattelse og følelsesliv, samt markant impulsivitet fra begyndelsen af den tidlige voksenalder, som er til stede i en række forskellige sammenhænge (American Psychiatric Association, 2000: 292ff.).

Uspecificeret personlighedsforstyrrelse er en samlekategori for de personlighedsforstyrrelser, som ikke opfylder kriterierne for nogen specifik personlighedsforstyrrelse. Et eksempel herpå er tilstedeværelsen af symptomer på mere end én specifik personlighedsforstyrrelse, der ikke hver for sig opfylder de fulde kriterier for personlighedsforstyrrelserne, men tilsammen forårsager klinisk signifikant lidelse eller forringelse i en eller flere væsentlige funktionsområder (eksempelvis beskæftigelsesmæssigt) (American Psychiatric Association, 2000: 297).

Undersøgelsespopulationen matcher i denne sammenhæng kun i nogen udstrækning med tidligere undersøgelser, som har påvist markant højere forekomster af personlighedsforstyrrelser i andre fangepopulationer. Eksempelvis finder Fazel og Danesh i deres gennemgang af 62 forskellige studier en gennemsnitlig forekomst af personlighedsforstyrrelser blandt indsatte på 65 pct., hvilket er væsentligt flere end de 33 pct. i nærværende undersøgelsespopulation (Fazel & Danesh, 2002). Differencen må dog til dels tilskrives, at 289 indsatte ikke kunne vurderes, da de ikke gennemførte hele den psykiatriske udredning.

Der findes ingen eksakte opgørelser over hyppigheden af personlighedsforstyrrelser i den samlede befolkning. Det anslås, at omkring 2-3 pct. af den danske befolkning lider af svære personlighedsforstyrrelser. Personlighedsforstyrrelser fordeler sig i den henseende forskelligt mellem kønnene, således at det blandt mænd er den dyssociale (svarende til den antisociale i DSM's terminologi) og den tvangsprægede forstyrrelse, der dominerer, mens det blandt kvinder er borderline og den ængstelige forstyrrelse (Psykiatrifonden.dk, 2013).

#### 5.1.4 Skizofreni og andre psykoser

Ser man dernæst på skizofreni- og psykosediagnoserne, er 54 indsatte (8 pct.) diagnosticeret med en psykisk sygdom.

*Tabel 5.5: Indsatte, der er diagnosticeret med en psykisk sygdom.*

Diagnoser	Ja		Nej		Kan ikke vurderes		I alt	
	N	Pct.	N	Pct.	n	Pct.	N	Pct.
n=54								
Psykisk syge, uden specifik udredning	4	7	50	93	-	-	54	100
Psykose forårsaget af misbrug (F1x.5)	8	15	42	78	4	7	54	100
F20-29 Skizofrenispektret	42	78	8	15	4	7	54	100

*Læses vandret*

Af disse 54 indsatte er 42 indsatte (6 pct.) diagnosticeret med en diagnose inden for *skizofrenispektret* (F20-29). Heraf er 23 indsatte diagnosticeret med skizofreni, 8 med skizotypiske sindslidelser, 6 med paranoide psykoser (kroniske, vedvarende), 1 med akut og forbigående psykose og 4 med anden nonorganisk psykose. Endvidere er 28 ud af de 42 indsatte (67 pct.) samtidigt diagnosticeret med en misbrugsdiagnose (F1x.1-2), mens 20 indsatte ikke havde noget misbrug og 4 indsatte ikke blev vurderet for det. Andelen af indsatte med dobbeltdiagnoser<sup>24</sup> er således høj.

Derudover er 8 indsatte (som nævnt) diagnosticeret med en psykotisk tilstand forårsaget af rusmidler (en F1x.5-diagnose), mens 4 indsatte var så syge, at det ikke var muligt at udrede dem i screeningsprojektet. Her har psykiaterne på baggrund af deres samtale med den indsatte vurderet, at vedkommende var psykisk syg.

Hvad angår forekomsten af psykisk sygdom og andre psykiatriske lidelser blandt indsatte, er der som tidligere nævnt stor variation imellem undersøgelserne på området (jf. afsnit 2.1). Fazel og Danesh finder i deres oversigtsstudie en gennemsnitlig forekomst af psykisk sygdom på knap 4 pct., altså halvdelen af de 8 pct. i nærværende undersøgelsespopulation (Fazel & Danesh, 2002).

Denne frekvens er endvidere en mangedobling af forekomsten af skizofreni i den samlede danske befolkning, som anslås at være omkring 0,5-0,75 pct., hvilket delvist kan henføres til den kausale relation mellem psykisk sygdom og kriminalitet. Psykisk syge er således overrepræsenterede for nogle typer af kriminalitet, herunder især den personfarlige kriminalitet, hvilket blandt andet påvises i den tværministerielle rapport *Psykisk sygdom og kriminalitet* fra 2006. Her fremgår det, at psykisk syge står for 6 pct. af den personfarlige kriminalitet, herunder omkring hver ottende dom for drab og mere end hver tredje dom for forsøg på manddrab. Dette til trods for, at psykisk syge lovovertrædere kun udgør 0,4 pct. af samtlige lovovertrædere (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2006; Kramp & Gabrielsen, 2004).

### 5.1.5 Øvrige diagnoser

Endvidere er store dele af undersøgelsespopulationen diagnosticeret med forskellige nervøse og stress-relaterede tilstande, affektive lidelser og organiske psykiske lidelser, ligesom delpopulationen af 15-21-årige indsatte desuden er udredt for adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndoms- og ungdomsårene (herunder ADHD).

---

<sup>24</sup> Dobeltdiagnosebegrebet er en betegnelse for sameksistensen af en diagnose indenfor skizofrenispektret og en misbrugsdiagnose.

Tabel 5.6: Fordeling af F40-49-diagnoser - Nervøse og stress-relaterede tilstande samt tilstande med nervøst betingede legemlige symptomer

n=672	Antal	Pct. af F40-49 (n=132)	Pct. af alle psykiatrisk ud- redte (n=672)
Fobiske angsttilstande (F40)	70	53	10
Andre angsttilstande (F41)	10	8	1
Obsessiv- kompulsiv tilstand (F42)	7	5	1
Reaktion på svær belastning og tilpasningsreaktioner (F43)	41	31	6
Dissociative tilstande eller forstyrrelser (konversionstilstande) (F44)	4	3	1
<b>I alt</b>	<b>132</b>	<b>100</b>	<b>20</b>

Som det fremgår af tabel 10 er 20 pct. af de indsatte blevet stillet en diagnose for *nervøse og stress-relaterede tilstande samt tilstande med nervøst betingede legemlige symptomer* (F40-49), som dermed er den tredjehyppigst forekommende diagnose i undersøgelsespopulationen. Heraf er 70 indsatte diagnosticeret med fobiske angsttilstande, 10 med andre angsttilstande, 7 med en obsessiv-kompulsiv tilstand, 41 med reaktion på svær belastning og tilpasningsreaktioner (herunder PTSD) og 4 med dissociative tilstande eller forstyrrelser.

Derudover er 7 pct. af de indsatte diagnosticeret med en *affektiv sindslidelse* (F30-39), herunder 31 med depressiv enkeltepisode, 8 med tilbagevendende (periodisk) depression, 4 med bipolar affekt sindslidelse (manio-depressiv sygdom) og 1 med vedvarende (kroniske) affektive tilstande (jf. tabel 11 nedenfor). Disse fund falder i tråd med megen øvrig forskning om kriminalitet og psykiatriske lidelser, som viser, at det sjældent er personer med affektive sindslidelser, der laver kriminalitet (Kramp & Gabrielsen, 2004).

Tabel 5.7: Fordeling af F30-39-diagnoser – Affektive sindslidelser

n=672	Antal	Procent af F30-39 (n=44)	Procent af alle indsatte (n=672)
Bipolar affektiv lidelse (F31)	4	9	1
Depressiv enkeltepisode (F32)	31	70	5
Tilbagevendende (periodisk) depression (F33)	8	18	1
Vedvarende (kroniske) affektive tilstande (F34)	1	2	0
<b>I alt</b>	<b>44</b>	<b>100</b>	<b>7</b>

Som nævnt ovenfor er unge indsatte mellem 15-21 år desuden blevet udredt for *adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndom eller adolescens* (F90-98), hvilket 81 indsatte (12 pct. af

undersøgelsespopulationen) er diagnosticeret med (fordelingen af diagnoser blandt delpopulationen af unge belyses nærmere i afsnit 6.2 nedenfor).

Endelig er 12 indsatte (2 pct.) diagnosticeret med organiske psykiske lidelser som følge af hjernebeskadigelse eller -dysfunktion eller af legemlig sygdom, eksempelvis 'F06.2 organisk paranoid eller skizofreniform sindslidelse', mens 37 indsatte (6 pct.) har fået stillet en F55.5-diagnose vedrørende misbrug af steroider eller hormoner (jf. afsnit 5.1.1 tabel 5.1).

Hvad angår diagnoserne for nervøse og stressrelaterede lidelser (herunder angstlidelser) og for affektive lidelser (herunder depressive tilstande), stemmer fordelingen i undersøgelsespopulationen i vid udstrækning overens med tidligere undersøgelser af andre fangepopulationer. Eksempelvis påviser *Isolationsundersøgelsen* fra 1994 en forekomst af angstlidelser på 16-18 pct. og en forekomst af affektive lidelser (primært depression) på 10-11 pct. (Andersen, Lillebaek, & Sestoft, 1994), mod henholdsvis 20 pct. og 7 pct. i nærværende undersøgelsespopulation.

I henhold til den samlede befolkning er forholdet mere tvetydigt. Det anslås, at omkring 250.000 danskere lider af angst (livsrisiko 16 pct.), og at yderligere 100.000 lider af obsessiv-kompulsiv tilstand (OCD), hvilket sammenlagt udgør lidt over 6 pct. af befolkningen<sup>25</sup>. Tilsvarende anslås det, at omkring 200.000 danskere lider af depression (livsrisiko 15 pct.), mens yderligere 40.000 lider af bipolar affektiv lidelse, hvilket sammenlagt udgør lidt over 4 pct. af befolkningen (Psykiatrifonden.dk, 2013). Undersøgelsespopulationen er således i højere grad end den øvrige befolkning diagnosticeret med disse former for psykisk lidelse.

Ser man imidlertid på den *forholdsmæssige* fordeling af de forskellige diagnoser, er de indsatte overrepræsenteret i forhold til den øvrige befolkning langt mindre fremtrædende for nervøse og stressrelaterede lidelser og navnlig for affektive lidelser, end det er tilfældet for misbrug, personlighedsforstyrrelser og psykisk sygdom (jf. afsnit 5.1.2-5.1.4). Angstlidelser og depression hører til blandt de mest udbredte psykiske lidelser i befolkningen, hvilket ikke i samme udstrækning gør sig gældende for de indsatte, særligt ikke hvad angår depression. Der tegner sig med andre ord et andet sygdomsbillede i undersøgelsespopulationen end i den øvrige befolkning, ikke blot i forhold til hyppighedsfrekvensen af psykiatriske lidelser som sådan, men også i forhold til, hvilke lidelser, der er mest fremtrædende, hvilket som anført er forventeligt.

---

<sup>25</sup> Som det fremgår af tabel 5.6 har 6 pct. af undersøgelsespopulationen fået stillet en diagnose vedr. reaktion på svær belastning og tilpasningsreaktioner, F43 (PTSD) (jf. tabel 5.6). Det har ikke været muligt at finde den tilsvarende fordeling i den samlede befolkning, bortset fra, at hjemmesiden [www.netdoktor.dk](http://www.netdoktor.dk) anslår en livsrisiko på omkring 5 pct. for mænd og 10 pct. for kvinder (Netdoktor.dk, 2012).

### 5.1.6 Diagnoser blandt unge indsatte

Ud af de 672 psykiatrisk udredte indsatte er 177 unge mellem 15-21 år, svarende til 26 pct. af undersøgelsespopulationen. Denne gruppe er i første projektperiode blevet undersøgt med SCAN for ICD-10s F00-F59 diagnoser og dernæst for ADHD, ODD, CD og Autisme spektrum.

#### Fordeling af diagnoser blandt unge

Af nedenstående tabel fremgår de psykiatriske diagnoser blandt de 15-21-årige opgjort efter ICD-10's diagnosekapitler – i teksten nedenfor er disse diagnoser opgjort for de enkelte diagnoser indenfor kapitlerne. Det skal her understreges, at delpopulationen af unge også er indeholdt i den samlede undersøgelsespopulation, som er beskrevet i de forudgående afsnit. Det er således udelukkende diagnoserne for adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndoms- og ungdomsårene (F90-98), som kun er stillet for denne delpopulation. Da fordelingen af samtlige diagnoser i ungepopulationen divergerer fra fordelingen i den samlede undersøgelsespopulation præsenteres fordelingerne igen særskilt for ungepopulationen.

Tabel 5.8: Psykiatriske diagnoser blandt 15-21-årige

n=177	N	Procent af delpopulationen af de unge (177)	Procentuel forekomst blandt samtlige psykiatriske undersøgte (672)
F00-09 Organiske psykiske lidelser	2	1	2
F10-19 Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller andre psykoaktive stoffer	95	54	61
F20-F29 Skizofreni, skizotypisk sindslidelse, paranoide psykoser, akutte og forbigående psykoser samt skizoaffektive psykoser	14	8	6
F30-39 Affektive sindslidelser – heraf depressiv enkeltepisode	4	2	7
F40-49 Nervøse og stress-relaterede tilstande samt tilstande med nervøst betingede legemlige symptomer	49	28	20
F55.5 Adfærdsændringer forbundne med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer – misbrug af steroider og hormoner	12	7	6
Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndom eller adolescens (DSM-IV-TR diagnosekriterier)*	81	46	12
Personlighedsforstyrrelse (DSM-IV-TR diagnosekriterier)	19	11	33
Diagnoser i alt	276	-	-

Læses vandret

\*Det bemærkes, at diagnosen ADHD kun er stillet, når det var muligt at fremskaffe andenhåndsoplysninger (jf. kapitel 5.1.7 og bilag 2 om ADHD). Det bemærkes endvidere, at mange af de unge indsatte både har fået stillet en ADHD diagnose og en adfærds- og følelsesmæssig forstyrrelse.



Som det fremgår af tabellen er misbrug også den hyppigste diagnose blandt de unge varetægtsarrestanter. I alt 95 unge har et misbrug, heraf har 50 unge et multipelt misbrug, mens 6 har et alkoholmisbrug, 36 har et hashmisbrug og 3 har et misbrug af centralstimulerende stoffer. Andelen af unge med et misbrug (54 pct.) er således en anelse lavere end andelen i den samlede undersøgelsespopulation (61 pct.). Derudover lider op mod hver tredje unge indsatte (mod hver femte i den samlede undersøgelsespopulation) af nervøse og stress-relaterede tilstande, herunder 23 af fobiske angsttilstande, 3 af andre angsttilstande, 4 af obsessiv-kompulsive tilstande (OCD), 18 af reaktioner på svær belastning og tilpasningsreaktioner (herunder PTSD) og 1 med dissociativ tilstand eller forstyrrelse.

Af tabellen fremgår endvidere, at 14 unge har fået stillet en diagnose indenfor skizofrenispektret (F20-29), ligesom 5 unge er diagnosticeret med en psykotisk tilstand forårsaget af rusmidler (en F1x.5-diagnose). Andelen af unge indsatte med psykisk sygdom udgør dermed 35 pct. af de i alt 54 psykiatrisk udredte indsatte, som er diagnosticeret med en psykisk sygdom (til trods for at ungepopulationen, som nævnt, kun udgør 26 pct. af den samlede undersøgelsespopulation).

Derimod er kun 4 unge, svarende til 2 pct., diagnosticeret med en affektiv lidelse, mod 7 pct. af samtlige udredte indsatte. Desuden er 2 unge diagnosticeret med organiske psykiske lidelser, og 12 med misbrug af steroider eller hormoner (F55.5).

Endvidere er 19 unge (11 pct.) diagnosticeret med en personlighedsforstyrrelse, herunder primært en antisocial personlighedsforstyrrelse, hvilket er en væsentligt mindre andel end andelen af personlighedsforstyrrelser i den samlede undersøgelsespopulation på 33 pct. Dette skyldes især, at diagnosen for personlighedsforstyrrelse først kan stilles nogle år efter pubertetens afslutning, idet det først da kan afgøres, om der foreligger en vedvarende forstyrrelse af personlighedsstrukturen (Psykiatrifonden.dk, 2013), hvilket var årsagen til, at unge på 15-21 år ikke blev udredt herfor i første periode

Endelig bemærkes, at en del unge – på samme måde som blandt voksne indsatte - kan have været udredt med en psykiatrisk diagnose inden projektgennemførelsen.

### 5.1.7 Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser

Som det fremgår af nedenstående tabel 5.9 er den næsthøypigste diagnose blandt de 15-21-årige en diagnose indenfor gruppen af *Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndom eller adolecens* (F90-98), som 81 unge er diagnosticeret med - svarende til 46 pct. af ungepopulationen.

Tabel 5.9: Fordeling af adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndoms- eller ungdomsårene blandt 15-21-årige på baggrund af DSM-IV-TR-diagnosekriterier

n=177	N	Procent af unge (177)
Hyperkinetiske forstyrrelser (ADHD)	31	18
Adfærdsforstyrrelse begrænset til familien (CD)	46	26
Oppositionel adfærdsforstyrrelse (ODD)	4	2

Læses vandret

Heraf er hver fjerde af de unge diagnosticeret med en adfærdsforstyrrelse begrænset til familien (CD) og knap hver femte unge diagnosticeret med en hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD). Andelen af unge indsatte med disse to forstyrrelser er således høj, når det medtænkes, at der kun er udredt for disse forstyrrelser i den første halvdel af screeningsprojektet, og at ADHD-diagnosen kun er stillet, når det har været muligt at indhente andenhåndsuplysninger<sup>26</sup> om den indsatte, hvilket langt fra har været tilfældet for hele ungepopulationen. Endelig er 4 unge diagnosticeret med oppositionel adfærdsforstyrrelse (ODD).

Fordelingen af diagnoser i ungepopulationen stemmer kun i nogen udstrækning overens med tidligere undersøgelser af unge indsatte. Eksempelvis fandt en dansk ph.d. afhandling fra 2004, som omfattede 100 15-17-årige varetægtsfængslede, at 71 pct. havde en psykiatrisk diagnose, herunder primært misbrug (41 pct.), personlighedsforstyrrelser (36 pct.) og adfærdsforstyrrelser (CD) (31 pct.), og at 5 pct. havde været tidligere indlagt på en psykiatrisk behandlingsafdeling, heraf 2 pct. med skizofreni. Endvidere fandt undersøgelsen, at 4 pct. var diagnosticeret indenfor skizofrenispektrumet, mens 1 pct. var diagnosticeret med hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD) (Gosden, 2004).

Her er især den lave forekomst af ADHD på 1 pct. bemærkelsesværdig, idet den må siges at divergere betragteligt fra forekomsten på 18 pct. i nærværende undersøgelsespopulation. Denne difference kan antageligvis tilskrives, at der i det forløbne tiår er kommet markant større fokus på ADHD-problematikken i såvel den offentlige debat som i institutionelt regi, og at diagnosen som konsekvens anvendes langt hyppigere nu end for ti år siden.<sup>27</sup> Differencen kan dog også til dels skyldes en aldersdifference imellem de to populationer, idet et follow-up studie for 15-19-årige

<sup>26</sup> For at ADHD-diagnosen kan stilles for en voksen, skal symptomerne have været til stede før 7-års alderen, og de skal have været der uafbrudt indtil voksenalderen. Endvidere skal symptomerne have været til stede i flere sammenhænge (både hjemme, i skolen og ved fritidsaktiviteter) og have givet problemer for den pågældende (Thomsen, 2011a).

<sup>27</sup> ADHD hos voksne er først indenfor de senere år blevet en alment anerkendt diagnose i voksenpsykiatrien (Thomsen, 2011a). Det anslås i den forbindelse, at mellem 2-3 pct. af den voksne befolkning i Danmark har ADHD i mærkbar grad, mens dette gælder 3-5 pct. af alle børn. Symptomerne er således ikke varige for alle, som har ADHD som barn, idet de for nogle aftager eller helt forsvinder under opvæksten (Ibid).

(mod det tidligere studies 15-17-årige) viste, at markant flere havde været indlagt på en psykiatrisk afdeling, ligesom der nu var 1,3 pct. flere med skizofreni (Gosden, 2004: 50). Endelig kan forskellene skyldes, at diagnoserne er stillet ved hjælp af to forskellige diagnosesystemer, som ikke er synkrone. Af Godsens ovenstående arbejder fremgår bl.a., at 7 indsatte diagnosticeres med ADHD, såfremt DSM-kriterierne anvendes, mens kun 1 person af samme gruppe identificeres med ADHD eller lignende, såfremt ICD-10-kriterierne anvendes. Aldersfordelingen og de anvendte diagnosesystemer har med andre ord stor betydning for forekomst og diagnosticering af ADHD.

### 5.1.8. Opsummering - psykiatriske diagnoser

De deskriptive analyser af varetægtsarrestanternes psykiske helbredstilstand viser samlet set, at undersøgelsespopulationen er svært belastet af psykisk sygdom og andre psykiatriske lidelser. Således er 9 pct. ud af de 672 varetægtsfængslede vurderet raske, mens 8 pct. er diagnosticeret med en psykisk sygdom, og de resterende 83 pct. diagnosticeret med andre psykiatriske lidelser. Heraf er mange diagnosticeret med flere samtidige diagnoser.

Den hyppigste psykiatriske diagnose i undersøgelsespopulationen er en misbrugsdiagnose (61 pct.), mens den næsthypigste er personlighedsforstyrrelserne (33 pct.), og den tredjehypigste diagnose er de nervøse og stress-relaterede tilstande (herunder angsttilstande), som hver femte indsatte er diagnosticeret med. Derudover er 6 pct. diagnosticeret indenfor skizofrenispektret (herunder psykose), 7 pct. med affektive sindslidelser (depressive tilstande) og 6 pct. med misbrug af steroider eller hormoner. Desuden er en delpopulation af 177 unge indsatte udredt for adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndommen og de tidlige voksenår, hvoraf 26 pct. er diagnosticeret med en adfærdsforstyrrelse (CD) og 18 pct. med en hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD).

Fordelingen af de respektive diagnoser i undersøgelsespopulationen svarer i vid udstrækning til andre studier af lignende populationer, om end fundene overvejende er mere fremtrædende i nærværende undersøgelsespopulation. I forhold til fordelingen i den samlede danske befolkning er forekomsten af langt de fleste diagnoser mangedoblet i undersøgelsespopulationen, ligesom der også tegner sig et andet sygdomsbillede, hvad angår den forholdsmæssige fordeling af diagnoser.

## 5.2. Sygeplejerskernes skøn

I det følgende præsenteres resultaterne af sygeplejerskernes vurderinger ved tre items i screeningsinstrumentet vedrørende indsattes psykiske tilstand; nemlig a) om sygeplejersken har *mistanke om*, at indsatte har en behandlingskrævende psykisk forstyrrelse eller sygdom, der kræver tilsyn af en

psykiatrisk konsulent, b) om sygeplejersken skønner, at indsattes tilstand *kræver akut vurdering* af en psykiatrisk konsulent og c) om sygeplejersken skønner, at indsatte er *sindssyg* (psykotisk).

Ved hvert spørgsmål opgøres andelen af de raske indsatte, som sygeplejerskerne klassificerer korrekt (specificitet), og andelen af psykisk syge indsatte, som sygeplejerskerne klassificerer forkert (sensitivitet). Derudover opgøres først de diagnoser som psykiaterne har stillet de indsatte, *der identificeres som psykisk syge af sygeplejerskerne* og dernæst de diagnoser som psykiaterne har stillet de indsatte, som identificeres som havende *behov for et psykiatrisk tilsyn af sygeplejerskerne*. Afsnittet afsluttes herefter med en kort opsamling af kapitlet.

### 5.2.1. Sygeplejerskernes identificering af psykisk syge indsatte

Sygeplejerskerne har registreret deres skøn ved tre spørgsmål om indsattes behov for psykiatrisk behandling i henholdsvis 466, 668 og 667 af de 672 indberetninger, der vedrører de psykiatrisk udredte indsatte (69,3 pct. - 99,4 pct.).

De tre skøn implicerer et stadigt større behov for akut indgriben, således at sygeplejersken først har angivet, hvorvidt sygeplejersken har mistanke om, at indsatte har en behandlingskrævende psykisk forstyrrelse eller sygdom, der påkræver tilsyn af psykiatrisk konsulent (jf. tabel 5.10), dernæst om indsattes psykiske tilstand kræver akut vurdering af psykiatrisk konsulent (jf. tabel 5.11) og endelig om sygeplejersken skønner, at indsatte er sindssyg (psykotisk) (jf. tabel 5.12 nedenfor).

Tabel 5.10: Sygeplejerskens skøn. Behov for tilsyn af psykiatrisk konsulent

<i>Skønner sygeplejersken, at der er mistanke om, at indsatte har en behandlingskrævende psykisk forstyrrelse eller sygdom, der kræver tilsyn af psykiatrisk konsulent?</i>		Sygeplejerskernes skøn					
		Ja		Nej		I alt	
n=466		n	%	n	%	n	%
Psykiaternes udredning	Psykisk syg	29	83	6	17	35	8
	Ikke psykisk syg	134	31	297	69	431	92
	I alt	163	35	303	65	466	100

Som det fremgår af tabel 5.10, har sygeplejerskerne skønnet, at 163 indsatte (35 pct.) havde en behandlingskrævende psykisk forstyrrelse eller sygdom, der påkrævede tilsyn af psykiatrisk konsulent, mens 303 indsatte (65 pct.) ikke havde et sådan behov. Opdeles skønnet på, om de indsatte efterfølgende diagnosticeres med psykisk sygdom hos psykiaterne, viser tabellen, at sygeplejersker-

ne skønner korrekt ved 83 pct. af de indsatte, der er psykisk syge (sensitivitet<sup>28</sup>:  $29/29+6=0.83$ ), mens 17 pct. af de psykisk syge ikke identificeres. Derudover skønner sygeplejerskerne, at 134 indsatte, som *ikke* efterfølgende diagnosticeres med psykisk sygdom af psykiaterne, har en behandlingskrævende psykisk forstyrrelse eller sygdom, der kræver tilsyn af psykiatrisk konsulent, mens de - i overensstemmelse med de psykiatriske konsulenter – vurderer, at 297 indsatte ikke har en psykisk sygdom, svarende til 69 pct. af de, der ikke er psykisk syge (specificitet<sup>29</sup>:  $297/297+134=0,69$ ).

Ser man dernæst på, hvorvidt sygeplejerskerne har vurderet, om den indsatte psykiske tilstand kræver en akut vurdering af en psykiatrisk konsulent, fremkommer nedenstående tabel 5.11.

Tabel 5.11: Sygeplejerskens skøn. Akut vurdering

Skønner sygeplejersken, at indsatte psykiske tilstand kræver akut vurdering af psykiatrisk konsulent?		Sygeplejerskernes skøn					
		Ja		Nej		I alt	
n=668		n	%	n	%	n	%
Psykiaternes udredning							
	Psykisk syg	10	19	42	81	52	8
	Ikke psykisk syg	17	3	599	97	616	92
	I alt	27	4	641	96	668	100

Af tabellen fremgår, at sygeplejerskerne har skønnet, at 27 indsatte (4 pct.) var i en psykisk tilstand, der krævede *akut vurdering* af en psykiatrisk konsulent, mens 641 indsatte (96 pct.) ikke krævede akut indgriben.

Opdeles skønnet på, om indsatte efterfølgende er blevet diagnosticeret med psykisk sygdom af psykiaterne, viser tabellen, at sygeplejerskerne skønner korrekt for så vidt angår 19 pct. (sensitivitet:  $10/10+42=0.19$ ) af de psykisk syge og 97 pct. af de ikke psykisk syge (specificitet:  $599/599+17=0,97$ ). Det betyder med andre ord, at sygeplejerskerne vurderer, at 81 pct. af de psykisk syge ikke kræver akut indgriben, mens 3 pct. af de ikke-psykisk syge har behov for akut indgriben.

Sammenstilles sygeplejerskernes vurdering af, om indsatte er sindssyg (psykotisk) med psykiaternes diagnostiske udredning fremkommer nedenstående tabel.

<sup>28</sup> Sensitivitet angiver sygeplejerskernes evne til at klassificere de syge korrekt.

<sup>29</sup> Specificitet angiver sygeplejerskernes evne til at klassificere de raske korrekt

Tabel 5.12: Sygeplejerskens skøn. Psykose

Skønner sygeplejersken, at indsatte er sindssyg (psykotisk)? n=667		Sygeplejerskernes skøn				I alt		
		Ja		Nej				
Psykiaternes udredning		n	%	n	%	n	%	
		Psykisk syg	20	39	31	61	51	8
		Ikke psykisk syg	12	2	604	98	616	92
		I alt	32	5	635	95	667	100

\* Det bemærkes, at tabellen kun omfatter 667 indsatte, idet sygeplejerskerne ved 5 indsatte ikke har registreret, hvorvidt de skønnede, at indsatte var psykisk syg eller ej. Af samme årsag omfatter tabellen kun 51 ud af de 54 indsatte, som psykiaterne har diagnosticeret med en psykisk sygdom.

Som det fremgår af tabellen, har psykiaterne diagnosticeret 51 indsatte (7,6 pct.) med psykisk sygdom og 616 uden psykisk sygdom (92,4 pct.), mens sygeplejerskerne har skønnet, at 32 indsatte (4,8 pct.) var psykisk syge, mens 635 ikke var psykisk syge (95,2 pct.). Psykiaterne identificerer med andre ord flere indsatte med psykisk sygdom end sygeplejerskerne.

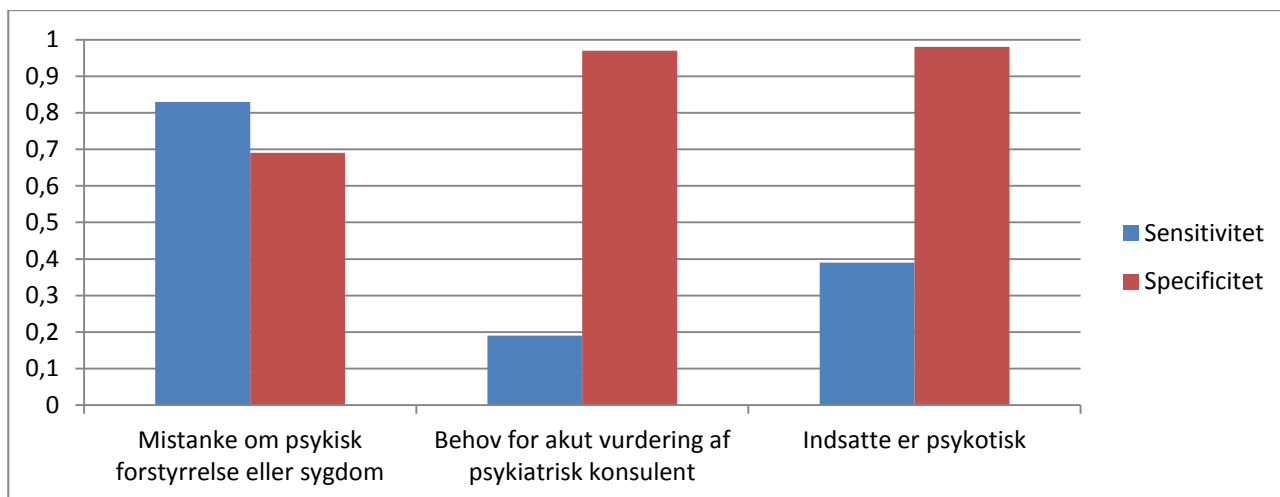
Derudover viser tabellen, at der er relativ lav overensstemmelse mellem sygeplejerskernes vurderinger og psykiaternes diagnostiske udredninger, hvad angår psykisk sygdom. Sygeplejerskerne identificerer 20 ud af 51 psykisk syge indsatte korrekt, svarende til 39,2 pct. af de psykisk syge indsatte og til 3 pct. af de psykiatrisk udredte indsatte. Det betyder med andre ord, at sygeplejerskerne ikke identificerer 60,8 pct. af de psykisk syge. I forhold til indsatte, der *ikke* er psykisk syge, er overensstemmelsen bedre. Sygeplejerskerne identificerer 604 indsatte, der ikke er diagnosticeret med psykisk sygdom, korrekt (svarende til 98,1 pct. af de indsatte, der ikke er psykisk syge og til 90,6 pct. af undersøgelsespopulationen). Det betyder, at sygeplejerskerne i 95,1 pct. af tilfældene, hvor de har vurderet, at indsatte ikke er psykisk syge, har vurderet korrekt. Endelig har sygeplejerskerne vurderet 12 indsatte, der ikke er psykisk syge, som psykisk syge, svarende til 1,8 pct. af undersøgelsespopulationen og til 37,5 pct. af de indsatte, som sygeplejerskerne har skønnet værende psykisk syge.

Tabellen viser med andre ord, at sygeplejerskerne i høj grad klassificerer de raske korrekt, men derimod klassificerer de indsatte med psykisk sygdom forkert (Se endvidere kapitel 5.3, hvor disse analyser vil blive nærmere omtalt). Opgøres sygeplejerskernes skøn i målene sensitivitet og specificitet, opnås en sensitivitet på 39 pct. ( $20/20+31=0,39$ ) og en specificitet på 98 pct. ( $604/604+12=0,98$ ).

### 5.2.2. Sammenstilling af specificitet og sensitivitet

Sammenstilles specificiteten og sensitiviteten for de tre spørgsmål fremkommer nedenstående figur:

Figur 5.1: Sygeplejerskernes skøn. Sensitivitet og Specificitet



Som illustreret i figuren ovenfor opnås både en relativ høj sensitivitet (0,83) og specificitet (0,69), såfremt sygeplejerskerne skal angive, hvorvidt de har *mistanke* om, at indsatte har en behandlingskrævende psykisk forstyrrelse eller sygdom, der påkræver tilsyn af psykiatrisk konsulent. Derudover viser figuren, at såfremt sygeplejerskerne skal angive, om indsattes psykiske tilstand kræver *akut vurdering* af en psykiatrisk konsulent eller om sygeplejersken skønner, at indsatte er sindssyg (psykotisk), øges specificiteten fra 0,69 til 0,97-0,98, mens sensitiviteten falder til henholdsvis 0,39 og 0,19. Det kan på baggrund heraf konkluderes, at sygeplejerskerne klassificerer de raske korrekt (specificitet), men overser væsentlige andele af de psykisk syge (sensitivitet) - særligt i de tilfælde, hvor skønnet afføder behov for akut indgriben (60,8 pct.).

### 5.2.3. Årsager til fald i undersøgelsens sensitivitet

Årsagen til det store fald i sensitiviteten er ikke undersøgt i dette projekt. Der savnes således en god forklaring på, hvorfor sygeplejerskerne ikke vurderer, at indsatte er psykisk syge, selvom sygeplejerskerne har mistanke om, at den pågældende har en psykisk forstyrrelse eller sygdom.

På baggrund af de løbende diskussioner, der har været blandt projektdeltagerne i projektperioden, og de tilbagemeldinger, der har været til direktoratets projektledelse herom, er det imidlertid rimeligt at formode, at særligt tre forhold er udslagsgivende for den faldende sensitivitet:

For det første har sygeplejerskernes viden om ventetid på psykiatriske overførsler afholdt nogle sygeplejersker fra at registrere en indsat som psykisk syg, hvis pågældende ikke udviste akutte symptomer på psykisk sygdom. Ræsonnementet bag dette var, at det var vigtigt, at ”de rigtig

psykisk syge” blev overført frem for indsatte, som nok udviste symptomer, men ikke var akut lidende.

En anden årsag til den manglende registrering af psykisk sygdom er, at sygeplejerskerne ifølge de alment gældende regler for sygeplejepraksis vedrørende psykisk sygdom skal indkalde en læge akut, såfremt han/hun har mistanke om psykisk sygdom. Da mange af screeningssamtalerne har fundet sted udenfor normal arbejdstid, herunder i aftentimerne og i weekenderne, har sygeplejerskerne i nogle tilfælde undladt at registrere en indsat som psykisk syg for at undgå et akut tilkald af læge (også selvom denne praksis ikke var nødvendig, jf. projektets protokol).

Endelig viste projektets løbende undervisningssessioner mellem sygeplejerskerne og projektets ledende psykiater, at sygeplejerskernes generelt tillagde begrebet ’sindssyg’ et andet indhold end psykiaterne. I sygeplejerskernes optik indebar betegnelsen ’sindssyg’ ikke blot hallucinationer eller øvrige symptombaserede karakteristika, men ligeledes et *farlighedsaspekt*. Det er derfor sandsynligt, at sygeplejerskernes registrering ville have været anderledes, såfremt der ikke var spurgt ind til ’sindssygdom’ i screeningsprojektet, men til ’psykose’ – ikke mindst i projektets indledende faser, hvor dette problemspekt fortsat var uafdækket. Derudover skelnede sygeplejerskerne mellem psykotiske symptomer, der var frembragt på grund af rusmidler, og andre psykotiske symptomer, der var frembragt af andre årsager, ligesom sygeplejerskerne ikke reagerede på, at de indsatte angav at have psykotiske symptomer, såfremt de indsatte ikke udviste psykotiske symptomer i interviewsituationen.

#### 5.2.4. Sygeplejerskernes skøn fordelt på psykisk sygdom og andre psykiatriske lidelser

Opgøres sygeplejerskernes skøn på, hvorledes sygeplejerskerne har kategoriseret de indsatte, der efterfølgende er diagnosticeret med andre psykiatriske lidelser – altså de indsatte, der hverken er raske (dvs. uden diagnose) eller med psykisk sygdom (dvs. sindssyge), fremkommer nedenstående tabel.

Tabel 5.13: Sygeplejerskernes skøn. Psykiatrisk lidelse

<i>Skønner sygeplejersken, at der er mistanke om, at indsatte har en behandlingskrævende psykisk forstyrrelse eller sygdom, der kræver tilsyn af psykiatrisk konsulent?</i>		Sygeplejerskernes skøn		
		Ja	Nej	I alt
n =466				
<b>Psykiaternes udredning</b>	Diagnosticeret med psykisk sygdom	29	6	35
	Diagnosticeret med en psykiatrisk lidelse	134	258	392
	Ikke diagnosticeret med en psykisk sygdom eller anden psykiatrisk lidelse	0	39	39
	I alt	163	303	466



Som det fremgår af tabellen, er 29 ud af de 163 indsatte (18 pct.), som sygeplejerskerne har skønnet havende behov for psykiatrisk tilsyn, blevet diagnosticeret med psykisk sygdom, mens 134 (82 pct.) er blevet diagnosticeret med en anden psykiatrisk lidelse. Derudover viser tabellen, at sygeplejerskerne ikke i et eneste tilfælde har skønnet, at en indsat har behov for psykiatrisk tilsyn, hvis pågældende ikke er blevet diagnosticeret med enten en psykisk sygdom eller en anden psykiatrisk lidelse ved den psykiatriske udredning. Desuden viser tabellen, at sygeplejerskerne og psykiaterne er enige for så vidt angår de 39 indsatte (8 pct.), der hverken er skønnet havende behov for psykiatrisk tilsyn af sygeplejerskerne eller er diagnosticeret med psykisk sygdom eller anden psykiatrisk lidelse af psykiaterne.

Omvendt viser tabellen ligeledes, at sygeplejerskerne hverken identificerer 6 ud af de 35 indsatte (17 pct.), der diagnosticeres med psykisk sygdom ved psykiaterne, eller finder mistanke om, at indsatte har en behandlingskrævende psykisk forstyrrelse eller sygdom, der kræver tilsyn af psykiatrisk konsulent, ved de 258 indsatte, der diagnosticeres med en psykiatrisk lidelse; svarende til 66 pct. af de indsatte med andre psykiatriske lidelser og 55 pct. af undersøgelsespopulationen.

Af nedenstående tabel fremgår, hvilke psykiske sygdomme og psykiatriske lidelser, de indsatte, som skønnes psykotiske af sygeplejerskerne, lider af (jf. tabel 5.14).

*Tabel 5.14: Beskrivelse af den gruppe af indsatte (n=32), som sygeplejerskerne skønner psykotiske.*

<b>Psykiaternes diagnoser n=32*</b>	<b>Antal</b>	<b>Procent</b>
Skizofrenispektret	16	50
Misbrug	21	66
Affektive sindslidelser	2	6
Nervøse og stress relaterede tilstande	1	3
ADHD n=3	1	3
CD n=3	1	3
Rask	0	0

*\*36 er skønnet psykotiske af sygeplejerskerne, men 4 af disse er ikke udredt af projektets psykiatere. Ud af de resterende 32 indsatte er der 4, som er vurderet psykotiske, som det ikke har været muligt at foretage en gennemført udredning på. Antallet (n) er derfor angivet for hver ICD-10-gruppering.*

Som det fremgår af tabellen er 50 pct. af de 32 indsatte, som sygeplejerskerne skønner psykotiske, efterfølgende diagnosticeret indenfor skizofrenispektret. Derudover har 66 pct. et misbrug og 6 personer er diagnosticeret med andre psykiatriske lidelser end psykisk sygdom af psykiaterne. Endelig viser opgørelsen, at samtlige af de personer, som sygeplejerskerne skønner psykotiske, har fået stillet en diagnose på baggrund af den psykiatriske udredning.

Af nedenstående tabel fremgår, hvilke diagnoser psykiaterne har stillet de indsatte, som sygeplejerskerne har skønnet havende behov for psykiatrisk tilsyn.

Tabel 5.15: Beskrivelse af de diagnoser, som psykiaterne har stillet de indsatte, som sygeplejerskerne skønner havende behov for psykiatrisk tilsyn.

Psykiske sygdomme og lidelser n=163	Antal	Procent
Organiske lidelser	0	0
Misbrug	122	75
Skizofrenispektret	21	13
Affektive sindslidelser	20	12
Nervøse og stress relaterede tilstande	41	25
Adfærdsændringer	18	11
ADHD	18	11
ODD	1	0
CD	19	12
Personlighedsforstyrrelser	56	34
Rask	0	0

Som det fremgår af tabellen, har samtlige af de indsatte, som sygeplejerskerne skønner havende behov for psykiatrisk tilsyn, efterfølgende fået stillet en diagnose. Tre ud af fire af de indsatte har fået en misbrugsdiagnose, hver tredje indsatte har en personlighedsforstyrrelse og hver fjerde indsatte lider af nervøse og stressrelaterede tilstande. Derudover er ca. hver ottende indsatte blevet diagnosticeret med en sygdom inden for skizofrenispektret eller en affektiv sindslidelse, adfærdsændringer, ADHD og/eller CD.

### 5.2.5. Opsummering - sygeplejerskernes skøn af indsattes behov for psykiatrisk behandling

Tabellægningen af sygeplejerskernes skøn viser, at sygeplejerskerne identificerer langt størsteparten af de *raske* indsatte og indsatte med andre *psykiatriske lidelser* korrekt (specificiteten stiger fra: 0,69-0,98), hvorved de kun i meget beskednen grad videresender personer uden behov for psykiatrisk tilsyn til psykiaterne. Samtidig viser tabellægningen, at sygeplejerskerne identificerer mange indsatte med *psykisk sygdom* forkert, herunder ikke mindst i de tilfælde, hvor sygeplejerskerne i givet fald skal agere akut (sensitiviteten falder fra 0,83-0,19). Sygeplejerskerne er med andre ord restriktive i forhold til iværksættelse af behandling – særligt i de tilfælde, hvor det kræver en akut indgriben<sup>30</sup>.

<sup>30</sup> Hvorvidt denne problemstilling er funderet i ubevidst og uintenderet praksis blandt sygeplejerskerne som følge af deres viden om lange ventelister til psykiatriske overførsler, det institutionaliserede regelsæt for indkaldelse af akut psykiatrisk bistand, misforståelser vedr. sygdomsbetegnelserne 'psykose' og 'sindssyge' eller noget helt fjerde, herunder at sygeplejerskerne ikke kan screene for psykisk sygdom, falder udenfor dette projekts rammer. Der er imidlertid ingen tvivl om, at kulturen blandt personalet, herunder hverdagspraksis, er afgørende for, hvordan sygeplejerskerne skønner patienterne, uanset om screeningsinstrumentet i øvrigt indeholder de spørgsmål, der sætter sygeplejerskerne i stand til at identificere tegn på psykisk sygdom blandt indsatte eller ej. Såfremt Kriminalforsorgen skal implementere et screeningsinstrument i praksis, skal der gennemføres en nøje tilrettelagt implementeringsfase med undervisningsforløb, hvor forskellige barrierer nedbrydes, lokal praksis italesættes og særlige karakteristika ved psykisk sygdom/ sindssyge afklares.

Det fremgår endvidere tydeligt af opgørelserne, at varetægtspopulationen som helhed er belastet af mange samtidige (psykiatriske) problemstillinger, og at det derfor langt fra er ligetil at identificere alle korrekt. Ikke desto mindre er det afgørende for Kriminalforsorgens sundhedsbetjening, at indsatte med psykisk sygdom i større udstrækning end hidtil identificeres og videresendes, også når det kræver akut indgriben.

### 5.3. Statistiske modeller om sammenhængen mellem sygeplejerskernes screening og psykiaternes diagnosticering af indsatte

For at afklare, om der er informationer i screeningsinstrumentet, som sygeplejerskerne ikke udnytter i deres vurdering af indsatte, men som ville kunne øge sygeplejerskernes træfsikkerhed i forbindelse med at finde de psykisk syge indsatte, er der udført flere forskellige analyser på datamaterialet med fokus på at afgøre, hvilke spørgsmål i screeningsinstrumentet, der hjælper sygeplejerskerne mest med at identificere psykisk syge indsatte, der har behov for psykiatrisk tilsyn.

Analyserne udføres på et datasæt bestående af baggrundsoplysninger for 667 indsatte, hvor der både foreligger en screeningsvurdering af en sygeplejerske og en diagnostisk udredning foretaget af en psykiater, således at det er muligt at sammenholde ”diagnosen” fra sygeplejerskerne med psykiaternes diagnose. Psykiaternes diagnose baserer sig på en diagnostisk vurdering<sup>31</sup>, og resultatet af denne vurdering er samlet i en variabel, der i de følgende statistiske analyser anvendes som psykiaternes vurdering.

Tabel 5.16. Psykiaternes udredning versus sygeplejerskernes skøn. Psykisk sygdom

			Skønner sygeplejersken, at indsatte er sindssyg (psykotisk)?		I alt
			Ja	Nej	
<b>Er tilstanden nævnt i ICD-10s Appendiks 1, og er det en psykose eller en tilstand, der kan ligestilles hermed, jf. psykiaterne?</b>	Ja	Antal	20	31	51
		Pct. af i alt	3,0	4,6	7,6
	Nej	Antal	12	604	616
		Pct. af i alt	1,8	90,6	92,4
<b>I alt</b>		Antal	32	635	667
		Pct. af i alt	4,8	95,2	100

Som det fremgår af tabellen er 7,6 pct. af de indsatte psykisk syge, mens 92,4 pct. ikke er omfattet af ICD 10s Appendiks 1 eller en tilstand, der kan sidestilles hermed. Den skæve fordeling mellem

<sup>31</sup> ”Er tilstanden nævnt i ICD-10s Appendiks 1, og er det en psykose eller en tilstand, der kan ligestilles hermed?” med svar mulighed ja og nej.

indsattes sygdomsprofil gør de efterfølgende statistiske analyser vanskeligere, end hvis der havde været tale om en mere jævn fordeling mellem de to grupper.

### 5.3.1. Modelsøgningen

Da det er psykiaternes vurdering, som sygeplejerskerne skal forsøge at forudsige ved hjælp af screeningsinstrumentet, er der udført regressionsanalyser på datamaterialet, hvor de forskellige spørgsmål i screeningsinstrumentet anvendes til at forudsige psykiaternes vurdering. I den forbindelse har det været nødvendigt at tage hensyn til en række praktiske forhold omkring de data, der er indgået i analyserne.

Først og fremmest er der manglende svarangivelser på flere spørgsmål i screeningsinstrumentet. Det betyder, at det er svært at anvende samlede blokke af spørgsmål i screeningsinstrumentet (fx som Rasch skalaer), som tester for psykisk sygdom inden for samme område eller emne. Endvidere betyder det forholdsvist lave antal indsatte med psykisk sygdom, at der er mange kombinationer af spørgsmål i screeningsinstrumentet, der giver samme eller næsten samme relation til psykiaternes vurdering, hvor det derfor ikke er muligt at fastslå de enkelte spørgsmåls selvstændige prognostiske egenskaber.

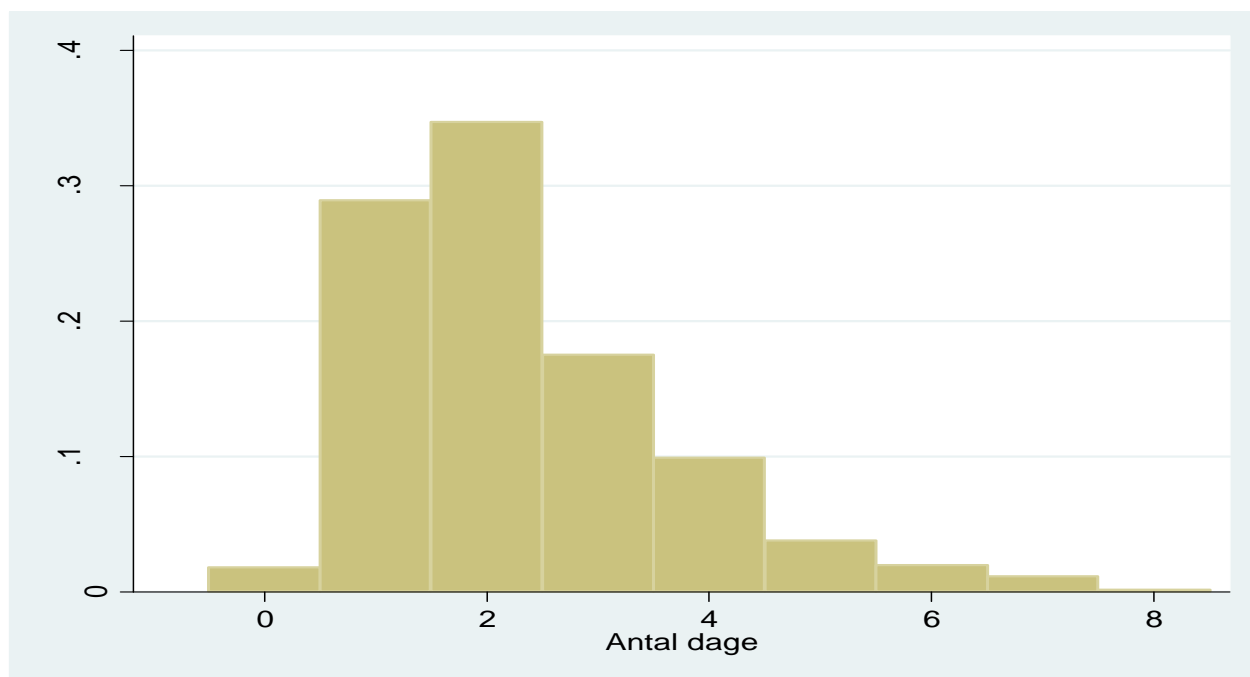
Alle baggrundsvariabler og alle spørgsmål i screeningsinstrumentet har været afprøvet som prædiktorer for psykiaternes udredning. Resultatet af disse analyser er nedenstående statistiske model (vist i tabel 5.17). I den præsenterede model indgår kun de spørgsmål, der indeholder en statistisk signifikant prædikativ effekt. De spørgsmål og emneområder, der ikke indgår, har altså enten været afprøvet og har vist sig ikke at have en prædikativ effekt eller er udgået, fordi der har været for få besvarelser på de pågældende spørgsmål til, at de kunne anvendes i den statistiske analyse.

### 5.3.2. Tidsfaktoren

Det har endvidere været en selvstændig overvejelse, at de indsatte momentane psykiske tilstand påvirker sygeplejerskens mulighed for at screene de indsatte i overensstemmelse med psykiaternes efterfølgende diagnostiske udredning. Antagelsen var, at jo kortere tid, der gik mellem indsættelsestidspunktet og screeningssamtalen, jo mere forvirret og usammenhængende ville den indsatte svare på screeningsspørgsmålene, uanset vedkommendes sygdomsprofil. Det har derfor været undersøgt, om tidsrummet fra indsættelsen til screeningssamtalen spiller en selvstændig rolle for sygeplejerskernes evne til at screene de indsatte i overensstemmelse med psykiaternes efterfølgende udredning. I figur 5.2 nedenfor vises fordelingen af antallet af dage, der går mellem indsættelse og scree-

ningsinterviewet<sup>32</sup>. I analyserne har det vist sig, at der kun er forskel på, hvordan de indsatte svarer, såfremt de er blevet interviewet på indsættelsesdagen, men der er *ikke* forskel på, hvordan de indsatte svarer, såfremt de er blevet interviewet dagen(e) efter indsættelse. Det afgørende er derfor tilsyneladende blot, om de er blevet interviewet på indsættelsesdagen eller en efterfølgende dag (jf. slutmodellen, tabel 5. nedenfor).

Figur 5.2. Antallet af dage mellem indsættelse og screening.



### 5.3.3. Den logistiske regressionsmodel (slutmodellen)

I nedenstående tabel vises – for at forenkle fortolkningen – beregninger for om den indsatte er diagnosticeret med en psykisk sygdom eller ej på baggrund af estimater fra en logit sandsynlighedsmodel<sup>33</sup>, hvor responsvariablen derfor kun antager to heltalsværdier, fx ”0” og ”1”. Resultaterne er præsenteret som marginale sandsynligheder, det vil sige hvor mange procent (som decimalbrøk) sandsynligheden er for, at den indsatte får en positiv vurdering af psykiateren (dvs. er psykisk syg), når den pågældende baggrundsvariabel ændres én enhed. Logodds ratios og de tilhørende standardfejl for den bagved liggende binære logistiske regressionsmodel er efterfølgende rapporteret i tabel 5.18.

<sup>32</sup> Figuren baserer sig på oplysninger fra 629 indsatte.

<sup>33</sup> Den logistiske regressionsmodel er anvendt, fordi den beskriver data bedst. Som alternativer er afprøvet en probit model og en c-log-log model.

For så vidt angår indsattes uddannelsesniveau anvendes denne oplysning som prædikativ variabel, idet den dels har en stærk effekt, dels er et veldefineret forhold, som sygeplejerskerne har let ved at indhente information om. Uddannelse indgår som en linear prædiktor i modellen. Der skelnes med andre ord ikke kvalitativt mellem de forskellige niveauer af uddannelse. Linearitetsantagelsen er testet statistisk og fundet i overensstemmelse med data.

*Tabel 5.17: Gennemsnitlige effekter af screeningsinstrumentet baseret på en logistisk regressionsmodel af psykiaternes udredning af indsatte med og uden psykisk sygdom.*

Variabler fra screeningsinstrumentet	Effekt i 0/00	Standard fejl	P-værdi
Skønner sygeplejersken, at indsatte er sindssyg (psykotisk)?	0,098	0,022	0,000
Har den indsatte nogensinde haft syns- eller hørelsehallucinationer? <sup>34</sup>	0,029	0,009	0,001
Uddannelsesniveau (højest opnåede angives)	-0,020	0,009	0,013
Har du tanker om selvmord? (semistruktureret)	0,024	0,011	0,038
Interview tidligst dagen efter indsættelse	0,057	0,023	0,015
Har du nogensinde været indlagt på en psykiatrisk afdeling?	0,036	0,019	0,057
Har en læge nogensinde sagt til dig, at du lider af skizofreni?	0,074	0,020	0,000

N = 629

Det fremgår af regressionstabellen, hvor stor effekt de enkelte variable har på sandsynligheden for, at psykiaterne har udredt den indsatte som psykisk syg.

Man kan for eksempel se, at såfremt sygeplejerskerne skønner, at indsatte er psykisk syg, er der ca. 10 procent (0,098) større chance for, at psykiateren har udredt den indsatte som psykisk syg, end hvis sygeplejersken ikke har skønnet, at den indsatte er psykisk syg.

Derudover fremgår det af modellen, at hver gang den indsattes uddannelsesniveau stiger et niveau (fra 1 til maks. 10), så falder sandsynligheden for, at psykiateren udreder den indsatte som psykisk syg med 2 pct. Det vil med andre ord sige, at en person, der har en gymnasial uddannelse (kode = 5), har 8 procent mindre sandsynlighed for at blive vurderet psykisk syg af sygeplejerskerne end en person, der ikke har fuldført grundskolen (kode = 1) (Se endvidere Appendix i bilag 11).

På samme vis fremgår, at såfremt den indsatte ikke er screenet samme dag, som han/hun er indsat, er der 5,7 pct. større sandsynlighed for, at sygeplejersken screener i overensstemmelse med

<sup>34</sup> Denne variabel er baseret på en omkodning af det oprindelige spørgsmål q26\_9. Omkodningen består i, at dem, der har svaret nej til q26\_9, har fået værdien 0 i den omkodede variabel. Dem, der har nægtet at svare, har fået værdien 1 og dem, der har svaret ja, har fået værdien 2. Denne omkodning giver større prædikativ værdi for variabelen og øger antallet af indsatte, der kan indgå i analysen.

psykiaternes efterfølgende vurdering. Spørgsmålets prædiktive effekt bliver med andre ord mere sikker ved at vente et døgn med at screene den indsatte.

Det skal endvidere bemærkes, at de syv variable i slutmodellen falder i tre grupper – den indsatte egne oplysninger (har haft syns- og hørelsehallucinationer, selvmordstanker, tidligere indlæggelser på psykiatrisk afdeling og lider af skizofreni), sygeplejerskernes vurdering (om den indsatte er sindssyg) samt organisatoriske (interviewtidspunktet) og sociale forhold (uddannelse), som ikke umiddelbart har relation til den indsatte aktuelle psykotiske tilstand.

Det er forventeligt, at de psykisk syge oftere end de indsatte, der ikke er psykisk syge, har syns- og hørelsehallucinationer, selvmordstanker og har været indlagt på en psykiatrisk afdeling. Da der er mange skizofrene blandt de psykisk syge, er det også forventeligt, at de indsatte med psykisk sygdom har fået oplyst, at de lider af skizofreni oftere end de øvrige indsatte.

Det er velkendt, at nogle af de personer, der lider af skizofreni, har frembudt adfærdsforstyrrelser fra ungdommen (Sestoft, 1997), hvilket selvsagt også påvirker uddannelsesniveaet. Årsagen til det lavere uddannelsesniveau kan i denne sammenhæng forklares med, at mange psykiske sygdomme starter med at udvikle sig i barndoms- og ungdomsårene, hvor sygdommene blandt andet påvirker den unges mulighed for at gennemføre en uddannelse ved at nedsætte den enkeltes indlæringssevner og forøge antallet af sygefraværsdage (jf. kapitel 6.1.3). Det er derfor forventeligt, at de psykisk syge indsatte, hvoraf mange som anført lider af skizofreni, har et signifikant lavere uddannelsesniveau end de øvrige indsatte<sup>35</sup>.

Interviewtidspunktet er til gengæld i høj grad situationsafhængigt. Resultaterne af de statistiske analyser viser, at sygeplejerskernes vurdering af indsatte helbredstilstand tidligst bør finde sted en dag efter indsættelsen for så vidt angår de indsatte, der ikke er så åbenbart og svært psykotiske, at de umiddelbart indstilles til indlæggelse på en psykiatrisk afdeling af arresthusets sundhedspersonale.

Endelig viser analyserne, at sygeplejerskernes skøn om psykosediagnosen øger sandsynligheden for, at den indsatte rent faktisk er sindssyg, hvilket naturligvis også er forventeligt. I denne sammenhæng er det således naturligt at spørge til, hvorfor sygeplejerskernes screening ikke giver et endnu bedre resultat?

---

<sup>35</sup> Det skal i denne sammenhæng bemærkes, at dette fund, som er objektivt og situationsuafhængigt, peger på, at også andre variable er udfyldt korrekt.

Det er der formentlig flere grunde til, men her skal tre kort berøres:

1. Antallet af sindssyge indsatte i den undersøgte population er – trods alt – begrænset. I alt 54 indsatte ud af de 672 undersøgte varetægtsarrestanter er blevet diagnosticeret med en psykisk sygdom, hvilket vanskeliggør de statistiske analyser, således at eventuelle forskelle mellem de syge og de ikke-syge ikke lader sig påvise (Det bemærkes, at de forskelle, der er påvist, jf. ovenstående, er sikre).
2. De psykotiske tilstande er meget forskelligartede, hvad angår symptomer og forløb. Nogle sindssygdomsformer – fx visse former for skizofreni – er præget af umiddelbart genkendelige psykosesyntomer som fx at tale med stemmer. For disse personer er diagnosen lettere at stille. Andre skizofreniformer er derimod præget af måske nok så invaliderende, men svært genkendelige symptomer, såkaldt negative symptomer, som autisme (kontaktforstyrrelser), anhedoni (glædesløshed), ambivalens (tvivlrådighed) og initiativsvækkelse. Disse mere 'stille' psykotiske symptomer kræver en omfattende uddannelse og erfaring at afdække, som sygeplejerskerne generelt ikke kan forventes at have. Det samme gør sig gældende for diagnosticering af depressive tilstande.
3. Denne undersøgelse viser, ligesom andre undersøgelser af varetægtspopulationer (Andersen et al., 1994), at de varetægtsfængslede generelt er psykisk og socialt belastede (se endvidere kapitel 6). Mange varetægtsfængslede er alkohol- og stofmisbrugere, har meget lidt uddannelse, svag arbejdsmarkedskontakt, har flere tidligere psykiatriske indlæggelser bag sig, har generelt mange selvmordsforestillinger, svære personlighedsforstyrrelser osv. Da et screeningsinstrument registrerer hvert enkelt symptom (eller andre variable) for sig, uden at se dem i sammenhæng med andre symptomer (eller variable), kan et givet symptom således ses såvel hos de syge som blandt ikke-syge. Det betyder, at det er vanskeligt alene på grundlag af resultaterne fra et screeningsinterview at skelne de psykisk syge fra de øvrige – ofte psykisk belastede – indsatte.

Samlet set fungerer screeningsinstrumentet omtrent som andre psykometriske screeningsinstrumenter, fx Strengths and Difficult Questionnaire (SDQ) eller Child Behavior Check List (CBCL) (Winkelmann & Boes, 2006). Disse screeningsinstrumenter har typisk en inter-rater pålidelighed lidt over niveauet for pålideligheden af sygeplejerskernes vurdering ved hjælp af screeningsinstrumentet sammenstillet med psykiaternes udredning. I screeningsprojektet er pålideligheden målt ved korrelationen mellem de to vurderinger til en korrelation på 0,64, hvor SDQ'en og CBCL'en typisk har korrelationsrater på mellem 0,7 og 0,8. Screeningsinstrumentet fungerer altså lidt dårligere end



sædvanlige diagnostiske screeningsinstrumenter af børn og unge i normalt regi, hvilket formentlig kan tilskrives, at varetægtsarrestanter som anført generelt er væsentlig mere socialt og psykisk belastede end normalbefolkningen samt påvirkede af varetægtssituationen.

#### **5.3.4. Sammenhængen mellem falske positive og falske negative**

Som det fremgår af ovenstående afsnit, herunder tabel 5.16 om psykiaternes diagnoser og sygeplejerskernes skøn, er der ikke fuld overensstemmelse mellem sygeplejerskernes vurderinger og psykiaternes diagnoser. Spørgsmålet er derfor, om screeningsinstrumentet er brugbart som identificeringsværktøj. For at undersøge dette forhold nærmere ses der neden for på, hvor godt screeningsinstrumentet er til at forudsige ”rigtige” diagnoser, og hvor ofte screeningsinstrumentet resulterer i ”forkerte” diagnoser.

Ud fra den logistiske regressionsmodel, som er præsenteret i tabel 5.17 ovenfor, kan der opstilles en formel, hvormed sandsynligheden, for at en indsat er psykisk syg, kan beregnes. Tabellen viser de syv spørgsmål, hvor svarene har en signifikant sammenhæng med psykiaterens diagnosticering af den indsatte. For hvert spørgsmål angives en effekt, som viser, hvor meget sandsynligheden for sygdom stiger, for hver gang svarkategorien for spørgsmålet stiger med én. Ved at gange svaret med den angivne effekt, får man således et udtryk for, hvor meget svaret på det enkelte spørgsmål bidrager til den samlede sandsynlighed for sygdom for den enkelte indsatte. Sandsynlighederne for hvert spørgsmål kan herefter summeres, hvorved den samlede sandsynlighed for sygdom er beregnet – indenfor den usikkerhed som regressionsmodellen er behæftet med.

På denne vis kan man konstruere en ’regnemaskine’, der på baggrund af den indsatte besvarelser på de syv spørgsmål udregner sandsynligheden for, at den indsatte er syg. Da resultaterne af regressionsmodellen er underlagt en betydelig usikkerhed, findes der ikke en eksakt tærskelværdi for hvilken man kan sige, at såfremt sandsynligheden for sygdom overstiger denne værdi, er den indsatte syg. Tærskelværdien kan med andre ord sættes på forskellige niveauer, som dernæst er bestemmende for, hvor mange rigtige og forkerte resultater, der udledes. Forholdet mellem rigtige og forkerte diagnoser ses af nedenstående tabel.

Tabel 5.18: Forholdet mellem rigtige og forkerte diagnoser.

		Psykiaternes diagnose		
		Syg	Rask	I alt
Screenings- redskabets resul- tat	Positiv	Antal sandt positive	Antal falsk positive	Antal positive
	Negativ	Antal falsk negative	Antal sandt negative	Antal negative
	I alt	Antal syge	Antal raske	Antal undersøgte

Såfremt man ønsker at anvende screeningsinstrumentet til at sikre, at færre psykisk syge bliver indsat i fængsler og arresthuse, må det følge, at falske negative (psykisk syge, der ved en fejl ikke bliver identificeret ved hjælp af screeningsinstrumentet (fejl)) er en mere alvorlig fejl end falske positive (ikke-psykisk syge, der ved hjælp af screeningsinstrumentet bliver identificeret som psykisk syge (inefficiens/henviste uden behov)). Den efterfølgende diagnosticering udført af psykiateren vil frasortere de falske positive blandt de, som henvises af screeningsinstrumentet, men vil i sagens natur ikke finde de falske negative, da de slet ikke bliver henvist.

Det niveau, som tærskelværdien sættes til, altså den sandsynlighed for sygdom, der skal nås, før en indsat henvises til psykiateren, er bestemmende for forholdet mellem fejl og inefficiens. Antallet af falske negative (fejl) kan gøres mindre ved at nedsætte tærsklen for, hvornår man bliver henvist, altså hvor sandsynligt det ifølge modellen er, at man er psykisk syg. Hermed øges dog også antallet af falske positive (inefficiens/henviste uden behov). Ved at sætte tærsklen meget lavt opnås meget få fejl eller oversete syge, men det medfører også meget stor inefficiens, altså henvisninger uden behov for behandling.

Ovenstående forhold kan illustreres ved at anvende den formel, der er resultatet af regressionsmodellen på undersøgelsespopulationen. Sætter man tærskelværdien for sandsynligheden for sygdom til at være 60 pct. eller større fås i tabel 5.19 følgende sammenhæng mellem screeningsinstrumentets henvisninger og psykiaternes diagnoser.

Tabel 5.19. Overensstemmelse mellem screeningsinstrumentets vurdering og psykiaternes udredning. 60 % tærskel.

	Screeningsinstrumentets vurdering med 60 pct. tærskel		
	Ikke psykisk syg	Psykisk syg	I alt
Psykiaternes udredning			
Negativ vurdering	583	1	584
Positiv vurdering	36	9	45
I alt	619	10	629

Af tabel 5.19 fremgår, at 583 indsatte vurderes til *ikke* at være psykisk syge ifølge både psykiaterne og sygeplejerskerne, og at 9 indsatte vurderes til at være syge af begge faggrupper. Kun én syg placeres på baggrund af screeningsinstrumentet som rask, hvorved inefficiensen bliver meget lille. Til gengæld placeres 36 syge som raske, hvorved fejlen altså bliver ganske stor - 80 pct. af de syge forbliver uidentificeret.

Søger man at kompensere for fejlen ved at sætte tærskelværdien meget lavt, da mindskes fejlen, mens inefficiensen vokser betydeligt. Dette er illustreret i tabel 5.20 nedenfor, hvor tærsklen er sat til 1 pct. (dvs. at hvis der ifølge modellen er mere end 1 pct. sandsynlighed for, at pågældende er psykisk syg, så identificeres han/hun som psykisk syg).

*Tabel 5.20. Overensstemmelse mellem screeningsinstrumentets vurdering og psykiaternes udredning. 1 pct. tærskel.*

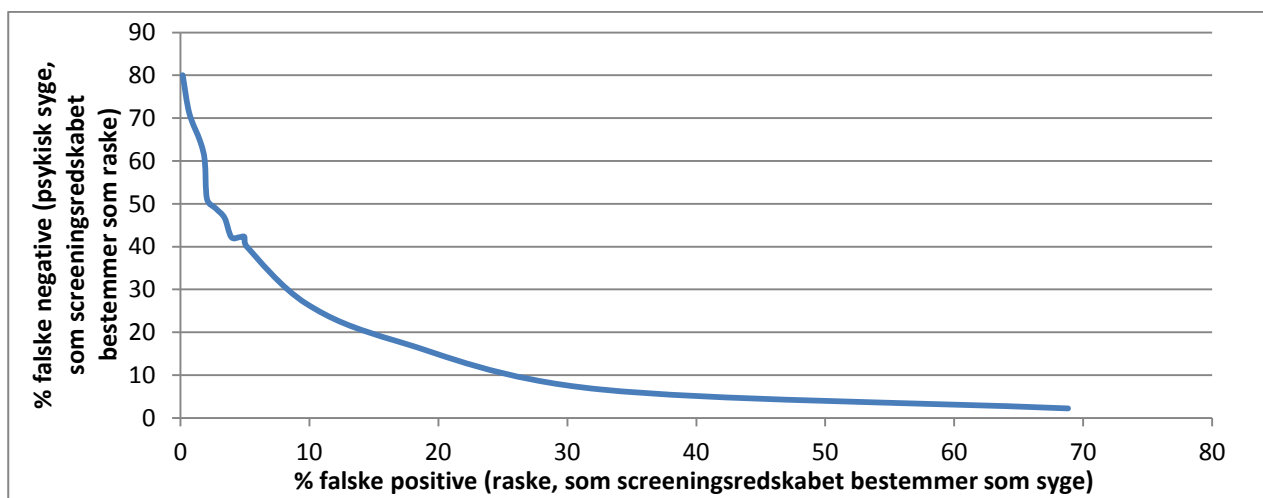
Psykiaternes udredning	Screeningsinstrumentets vurdering med 1 % tærskel		
	Ikke psykisk syg	Psykisk syg	I alt
Negativ vurdering	182	402	584
Positiv vurdering	1	44	45
I alt	183	446	629

Som det fremgår af tabellen, er der i denne model kun er 1 falsk negativ (dvs. en syg, der ikke identificeres), mens der omvendt er 402 falske positive, altså raske der unødigt bliver sendt til psykiater. I dette scenarie vil screeningen således give anledning til, at 446 indsatte (svarende til 71 pct. af de 629 indsatte) videresendes til psykiaterne. Omvendt vil 1 psykisk syg indsat, eller for alle praktiske formål 0 %, ved en fejl blive overset og dermed ikke blive sendt til psykiater<sup>36</sup>.

Sammenhængen mellem antallet af falske negative og falske positive for forskellige tærskelværdier ses i figur 5.3 og tabel 5.21 nedenfor.

<sup>36</sup> Disse beregninger baserer sig på 629 indsatte. Såfremt antallet af indsatte øges, øges antallet af falske negative naturligvis proportionalt.

Figur 5.3. Sammenhængen mellem falske positive og falske negative<sup>37</sup>.



Af figuren fremgår, at såfremt der anvendes en tærskel, der tillader 80 pct. falske negative – altså en meget stor fejlprocent, opnås en andel på under 1 pct. falske positive – altså en meget lille inefficiens, mens det omvendt er nødvendigt at sende omkring 70 pct. falske positive til psykiater for kun at have en fejl på 2 pct. Spørgsmål er altså, hvilken tærskelværdi, der er acceptabel.

Tabel 5.21 nedenfor viser forskellige tærskelværdier for andelen af falske positive og falske negative, altså de værdier figur 5.3 er dannet ud fra, samt den samlede andel af indsatte, der vil blive sendt videre til en psykiater.

Tabel 5.21. Andel falske positive og falske negative, samt andel af den samlede population, der sendes videre til psykiater, ved forskellige tærskelværdier

Tærskelværdi	Falske positive, pct. af raske = 584	Falske negative, pct. af syge = 45	Procent sendt videre til psykiater
1	68,8	2,2	70,9
5	32,5	6,7	36,9
9	17,0	17,8	21,6
13	9,8	26,7	14,3
17	5,1	40,0	9,1
21	5,0	42,2	8,7
25	4,6	42,2	8,4
29	3,9	42,2	7,8
33	3,4	46,7	7,0
37	2,7	48,9	6,2

*Fortsættes på næste side...*

<sup>37</sup> Note: Tallene bag figuren er vist i Bilag 9, Tabel A3.

<i>Fortsat fra forrige side</i>			
<b>Tærskelværdi</b>	<b>Falske positive, pct. af raske = 584</b>	<b>Falske negative, pct. af syge = 45</b>	<b>Procent sendt videre til psykiater</b>
41	2,1	51,1	5,4
45	1,9	60,0	4,6
49	1,5	64,4	4,0
53	0,7	71,1	2,7
60	0,2	80,0	1,6

Omregnes disse tal til den totale population af indsættelser i Kriminalforsorgens fængsler og arresthuse fremkommer følgende:

I 2012 blev der indsat knap 9.900 personer som afsonere eller varetægtsfængslede i de danske fængsler og arresthuse. En del af disse havde mere end én indsættelse i løbet af året, hvorfor det samlede antal unikke personer er godt 9.200.

Såfremt det antages, at: a) alle indsatte skal screenes, b) en psykiater skal bruge en halv arbejdsdag pr. henvisning og c) et arbejdsår indeholder 220 arbejdsdage, da kan ovenstående tabel udbygges med to kolonner; en for antallet af klienter, der skal screenes, og en for antallet af psykiatere, der er behov for. Dette er vist i tabel 5.22 nedenfor.

*Tabel 5.22. Antal af klienter der skal videresendes til psykiater, samt antallet af nødvendige psykiatere*

<b>Tærskelværdi</b>	<b>Falske positive, pct. af raske = 584</b>	<b>Falske negative, pct. af syge = 45</b>	<b>Procent videresendte</b>	<b>Antal videresendte ved 9.200 indsættelser</b>	<b>Antal psykiatere</b>
1	68,8	2,2	70,9	6.523	15
5	32,5	6,7	36,9	3.393	8
9	17,0	17,8	21,6	1.989	5
13	9,8	26,7	14,3	1.316	3
17	5,1	40,0	9,1	834	2
21	5,0	42,2	8,7	804	2
25	4,6	42,2	8,4	775	2
29	3,9	42,2	7,8	717	2
33	3,4	46,7	7,0	644	2
37	2,7	48,9	6,2	570	2
41	2,1	51,1	5,4	497	1
45	1,9	60,0	4,6	424	1
49	1,5	64,4	4,0	366	1
53	0,7	71,1	2,7	249	0,5
60	0,2	80,0	1,6	146	0,5

Antallet af personer, der bliver videresendt vil efter det første år blive mindre, da en del af de indsatte allerede vil være blevet screenet i forbindelse med tidligere indsættelser. Reduktionen i antallet af screeninger afhænger dog bl.a. af, hvor lang tid resultatet af en tidligere screening antages at være gyldigt.

## **5.4 Sammenfattende diskussion af resultaterne af screeningsprojektet for psykisk sygdom**

Screeningsprojektet er et naturalistisk studie, dvs. det er foregået i dagligdagen i et stort arresthus, Vestre Fængsel i perioden fra september 2009 - marts 2012. Screeningsprojektets formål har været at undersøge, hvorvidt sygeplejersker med brug af et screeningsinstrument kan identificere psykisk syge indsatte blandt en varetægtspopulation. Det første spørgsmål er derfor, om en screeningsprocedure overhovedet lader sig gennemføre. Som nærmere omtalt i afsnit 4.3.1. blev 1.857 nyindsatte varetægtsfængslede spurgt, om de ville deltage i undersøgelsen, heraf sagde cirka halvdelen (916 indsatte) ja. Den anden halvdel ønskede ikke at medvirke. Dette resultat falder i tråd med, at screeningsprojektet måtte opgives i Arresthuset i Odense og Arresthuset i Århus på grund af for lav deltagelse. Derudover skal det nævnes, at sygeplejerskerne på Vestre Fængsel gav udtryk for, at nogle psykisk syge ikke ønskede at deltage, uden at grunden hertil er klarlagt.

Blandt de 916 indsatte, der blev screenet af sygeplejerskerne, blev kun 672 indsatte efterfølgende psykiatrisk udredt af en psykiater. Det er der flere årsager til, hvoraf de væsentligste er, at en stor del af de indsatte blev løsladt eller overført til anden institution inden den psykiatriske undersøgelse var tilendebragt – det gælder fx de helt unge, som generelt har meget kort ophold i Kriminalforsorgens institutioner og som i videst muligt omfang overføres til lukkede socialpædagogiske institutioner – eller de indsatte trak deres samtykke til at deltage i undersøgelsen tilbage. Hertil kommer en række andre grunde, som fx sikkerhedsmæssige hensyn eller at de unges forældre ikke reagerede på henvendelser som led i undersøgelsen for ADHD. Endelig blev nogle indsatte indlagt på psykiatrisk afdeling, før de blev undersøgt af screeningsprojektets psykiatere, hvilket ud fra et snævert forskningsmæssigt synspunkt er uheldigt, men nok så vigtigt viser, at sundhedsbetjeningen i Vestre Fængsel fungerer, og opfanger en del af de psykisk syge indsatte meget tidligt.

Samlet viser disse forhold, at kun godt en tredjedel af de indsatte, der blev spurgt, om de ville deltage i screeningsundersøgelsen, blev undersøgt af en psykiater, og de væsentligste årsag hertil var enten, at de indsatte ikke ønskede at medvirke, at indsatte blev løsladt eller fængselsmæssi-

ge/organisatoriske forhold som overflytning til anden institution. Disse fund illustrerer nogle af vanskelighederne ved at indføre en egentlig screening af nyindsatte varetægtsarrestanter.

Af kapitel 5.3.3 fremgår, at blot syv af screeningsprojektets mange variable var af selvstændig betydning for sygeplejerskernes vurdering af, om en indsat skulle henvises til psykiater pga. af mistanke om psykisk sygdom, og at disse syv items kun i moderat grad kunne forudsige de psykiatriske diagnoser. Fire af disse variable omhandler den indsattes egne oplysninger om sin psykiske helbredstilstand (hallucinationer, selvmordsforestillinger, tidligere indlæggelse på psykiatrisk afdeling og tidligere informeret om at lide af skizofreni). Som nærmere diskuteret i kapitel 5.3.3 er der formentlig flere grunde til dette fund, herunder især at varetægtsarrestanter generelt har flere samtidige psykiske problemer, herunder ofte bl.a. misbrug, og at det – ikke mindst ved brug af et screeningsinstrument – er vanskeligt for sygeplejersker at skelne mellem psykotiske og ikke-psykotiske symptomer og tilstande. Det skal nævnes, at disse resultater vidtgående er i overensstemmelse med internationale resultater af screeningsundersøgelser af indsatte – kun et begrænset antal opdages (se gennemgang af screeningsinstrumenter i bilag 3). Derudover var indsattes uddannelsesniveau og interviewtidspunktet udslagsgivende for sygeplejerskernes vurdering, ligesom sygeplejerskernes egen vurdering af den indsattes helbredstilstand havde betydning. Disse tre forhold er, som nærmere diskuteret i kapitel 5.3.3, ikke overraskende, idet det er velkendt, at psykisk syge generelt har lavere uddannelsesniveau end ikke-psykisk syge, at det første døgn af en varetægtsperiode ofte er præget af stress, angst og tilpasningsreaktioner og at sygeplejerskernes skøn om psykisk sygdom rent faktisk øger sandsynligheden for, at indsatte er psykisk syge.

Endelig er der i kapitel 5.3.4 foretaget en analyse af falsk negative (dvs. psykisk syge, der overses) og falsk positive (dvs. indsatte, der henvises til psykiater uden at være psykisk syge). Analysen bygger på resultaterne af regressionsanalyserne. Resultaterne viser – forenklet sagt - at hvis man vil være (næsten) sikker på, at alle psykisk syge identificeres (kun 1 pct. overses af sygeplejerskerne), kræver det, at cirka to-tredjedele af de screenede indsatte henvises til psykiater, og af dem vil langt de fleste ikke være psykisk syge. Hvis man – som den anden yderlighed angiver – accepterer, at 83 pct. af de psykisk syge ikke identificeres af sygeplejerskerne vil kun 1 pct. af de, der henvises til psykiater ikke være syge. Begge yderpunkter er selvsagt uacceptable.

## 6. Beskrivelse af undersøgelsespopulationen sociale forhold og symptomer på psykisk sygdom

I dette kapitel foretages en tabellægning af det datamateriale, som er indsamlet ved sygeplejerskerne brug af screeningsinstrumentet under de enkelte screeningsinterviews med indsatte. Datamaterialet tilvejebringer viden om undersøgelsespopulationen generelt, herunder bl.a. køn, alder, uddannelsesmæssig baggrund og symptomer på psykisk sygdom, og optegner dermed et billede af de oplysninger, som indsatte har afgivet under interviewet, og som sygeplejerskerne har haft til rådighed i forbindelse med at vurdere, om den enkelte indsatte var psykisk syg eller ej.

Spørgsmålene om de sociale forhold var inkluderet i screeningsinstrumentet for dels at tilvejebringe generel viden om de indsatte socioøkonomiske forhold, dels for at 'bryde isen' mellem interviewer (sygeplejersken) og interviewede (den varetægtsfængslede), inden sygeplejersken skulle spørge om mere følsomme emner som symptomer på psykisk sygdom, herunder selvmordstanker mv.

Det bemærkes i denne sammenhæng igen, at undersøgelsespopulationen ikke nødvendigvis er repræsentativ for den samlede varetægtspopulation eller for den generelle fængselspopulation som helhed, jf. afsnit 4.4 om bortfald og repræsentativitet og bortfaldsanalysen (bilag 9), men at fundene refererer til den specifikke undersøgelsespopulation på Vestre Fængsel.

Kapitlet er disponeret i to dele, hvor svarfordelingen på de enkelte spørgsmål vedrørende hhv. indsattes sociale forhold og symptomer på psykisk sygdom præsenteres. Hver variabel er desuden opgjort på, om den indsatte efterfølgende er diagnosticeret med en psykisk sygdom af projektets psykiatriske konsulenter. Endelig sammenholdes svarfordelingen på de enkelte spørgsmål løbende med fordelingen i den samlede danske befolkning, hvor det er muligt, og med videnskabelige studier vedrørende det enkelte forhold, hvor det er relevant. Afslutningsvist opsummeres analyserne i kapitel 6.2.7.



## 6.1 Sociale forhold

### 6.1.1. Demografiske forhold

De demografiske oplysninger omfatter følgende variable: køn, alder, oprindelsesland, statsborgerskab, samlet opholdstid i Danmark og forældres herkomst (jf. tabel 6.1, nedenfor).

Tabel 6.1: Indsattes demografiske forhold versus fordelingen i den samlede befolkning

Demografiske forhold		Andel (%) i undersøgelsespopulationen	Andel (%) i den samlede danske befolkning*
<b>Køn (n=672)</b>	Kvinder	5,5	50,4
	Mænd	94,5	49,6
<b>Gennemsnitsalder (n=672)</b>		30,5 år	40,3 år
<b>Oprindelsesland (n=671)</b>	Danmark	73,2	89,3
	Andre lande	26,8	10,7
<b>Statsborgerskab (n=463)</b>	Dansk statsborgerskab	87,3	93,3
	Ikke dansk statsborgerskab	12,7	6,7
<b>Samlet opholdstid i Danmark (n=669)</b>	Ophold i Danmark over 10 år	95,7	Uoplyst
	Ophold i Danmark mellem 5 og 10 år	3,2	Uoplyst
	Ophold i Danmark under 5 år	1,1	Uoplyst
<b>Forældres herkomst (n=467)</b>	Begge forældre født i Danmark	57,4	89,3
	En eller begge forældre født i udlandet	43,6	10,7

\* Andelen i den samlede danske befolkning er opgjort på baggrund af variabelen 'FOLK1' 2011 i Danmarks Statistiks 'Statistikbanken' (Danmarks Statistik, 2012a).

### Køn og alder

Som det fremgår af tabel 6.1, er 94,5 pct. af undersøgelsespopulationens i alt 672 varetægtsarrestanter mænd, mens 5,5 pct. er kvinder. Kønsfordelingen i undersøgelsespopulationen divergerer således fra kønsfordelingen i den samlede danske befolkning, men er i overensstemmelse med den generelle kønsfordeling blandt indsatte i Kriminalforsorgens institutioner, om end der er lidt færre kvinder repræsenteret i undersøgelsen end i fængselspopulationen som helhed<sup>38</sup>.

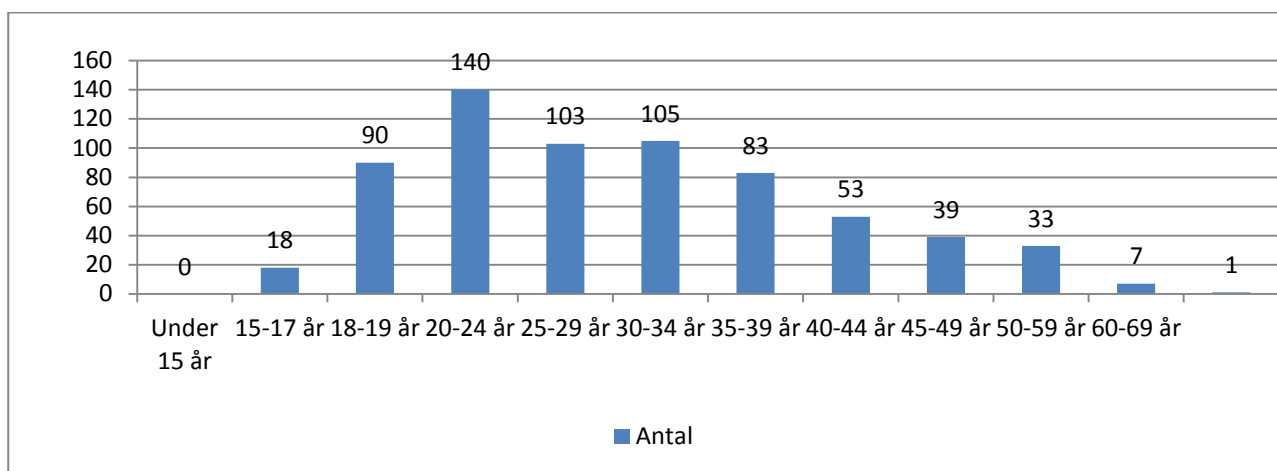
På samme vis spænder aldersniveauet i undersøgelsespopulationen fra 15-77 år med et aldersgennemsnit på 30,5 år (medianalder på 29 år), hvilket svarer til aldersfordelingen blandt samtlige nyindsatte i Kriminalforsorgens fængsler og arresthuse i 2011 (Kriminalforsorgen, 2012: 8), men er væsentligt lavere end den danske befolknings gennemsnitsalder, som i 2011 var 40,3 år<sup>39</sup> (Danmarks Statistik, 2012b: 24).

<sup>38</sup> I 2011 blev der i alt foretaget 13.946 nyindsættelser i kriminalforsorgens fængsler og arresthuse. Heraf var 1.161 kvinder (8 pct.) og 12.785 (92 pct.) mænd (Kriminalforsorgen, 2012: 8).

<sup>39</sup> Det bemærkes, at aldersgennemsnittet for den samlede danske befolkning indbefatter børn under 15 år, som pr. definition ikke kan have ophold i Kriminalforsorgens institutioner og dermed ikke indgår i aldersgennemsnittet. Andelen af

Såfremt aldersfordelingen opgøres for samtlige varetægtsarrestanter i Kriminalforsorgens institutioner en tilfældig dag eller udelukkende for varetægtsarrestanter på Københavns Fængsler en tilfældig dag (jf. bilag 12) er aldersfordelingen i undersøgelsespopulationen repræsentativ for den generelle varetægtspopulation i Kriminalforsorgens institutioner – dog er andelen af unge under 20 år større i undersøgelsespopulationen end i den generelle varetægtspopulation, hvilket falder i tråd med undersøgelsens særlige fokus på inddragelse af de unge. Der er 18 indsatte under 18 år i undersøgelsespopulationen, herunder 1 15-årig, 6 16-årige og 11 17-årige.

Diagram 6.1: Aldersfordeling i undersøgelsespopulationen



Der er ikke signifikant forskel på gennemsnitsalderen blandt psykisk syge og ikke psykisk syge indsatte i undersøgelsespopulationen<sup>40</sup>. Det er overraskende, idet danske og internationale studier fastslår, at symptomer på (svære) sindslidelser kan debutere i barndommen, men at egentlig psykisk sygdom udvikles over år og generelt manifesteres i voksenalderen (Greve, Clausen, Esbjen, & Nielsen, 2012). Derudover er det velkendt, at skizofrene kriminelle generelt er ældre end andre kriminelle, hvilket formentlig skyldes, at skizofreni er en kriminogen faktor i sig selv. På trods af denne viden kan fundet imidlertid ikke forklares ved, at der er mange stofpsykoser blandt de (unge) psykisk syge, idet aldersfordelingen blandt de 23 indsatte, der er diagnosticeret med skizofreni (F20), spænder fra 18-56 år med en gennemsnitsalder på 31,4 år (median 27 år). Der er med andre ord flere unge, der er blevet diagnosticeret med skizofreni, end forventeligt.

personer under 40 år er således markant højere i undersøgelsespopulationen end i den samlede danske befolkning, mens andelen af børn og unge mellem 0-14 år og andelen af personer over 50 år er væsentlig højere i den samlede danske befolkning end i undersøgelsespopulationen.

<sup>40</sup> Dette gælder både såfremt aldersvariablen kategoriseres i tre grupper (14-19 år, 20-29 år og 30-77 år eller 14-22 år, 23-32 år og 33-77 år) eller i to grupper (14-22 år og 23-77 år). Chi-i-anden,  $p=0,189-0,347$ .

Det er desuden velkendt, at mænd er langt mere tilbøjelige til at begå kriminalitet end kvinder, og at kriminalitetsfrekvensen varierer med alderen, svarende til fordelingen i diagram 6.1 (Kvysgaard, 1998). I nærværende kontekst kan køns - og aldersfordelingen derfor siges at relatere til en specifik kriminalitetsproblematik, snarere end til en bredere samfundsmæssig marginaliseringstendens undtagen i den udstrækning, at unge mænd i langt højere grad end den øvrige befolkning rammes af denne form for eksklusion.

### Etnicitet

Spørgsmålene om etnicitet, herunder dansk statsborgerskab, oprindelsesland, forældres herkomst og den samlede opholdstid i Danmark forud for indsættelsen, blev inkluderet i screeningsinstrumentet, idet undersøgelser har vist, at selve det at migrere øger risikoen for at udvikle skizofreni (men ikke depression eller angstlidelser), uden at årsagen hertil er klarlagt (Kramp & Gabrielsen, 2009).

Tabellægningen af disse variable viser, at 3 ud af 4 indsatte er født i Danmark<sup>41</sup>, 8 ud af 10 har dansk statsborgerskab, næsten alle (95,7 pct.) har haft ophold i Danmark i 10 år eller mere, og at én eller begge forældre for 43,6 pct. af de indsatte vedkommende har oprindelse i et andet land end Danmark (jf. tabel 6.1).

I henhold til statsborgerskab skal det nævnes, at antallet af varetægtsarrestanter med dansk statsborgerskab er overrepræsenteret i undersøgelsespopulationen, både i forhold til den generelle varetægtspopulation i Kriminalforsorgens institutioner og særligt i forhold til varetægtspopulationen på Københavns Fængsler<sup>42</sup>. Dette gælder også, såfremt de 209 indsatte, der ikke har besvaret spørgsmålet om dansk statsborgerskab, alle skulle have andet statsborgerskab end dansk, og skyldes primært screeningsprojektets undersøgelsesdesign, hvor et af eksklusionskriterierne var, at den indsatte ikke havde et dansk CPR-nummer.

Sammenlignes populationen med den øvrige danske befolkning viser opgørelsen samtidigt, at der blandt de indsatte er dobbelt så mange, som ikke har et dansk statsborgerskab, og dobbelt så mange med oprindelsesland i et andet land end Danmark. Derudover er andelen af indsatte, hvor én eller begge forældre er født i udlandet, mere end fire gange større i undersøgelsespopulationen set i forhold til den samlede danske befolkning (jf. tabel 6.1).

<sup>41</sup> Se bilag 13 for fordeling af oprindelseslande.

<sup>42</sup> Opgøres fordelingen af statsborgerskab udelukkende for varetægtsarrestanter på Københavns Fængsler en tilfældig dag viser opgørelserne, at der den 14. februar 2012 var 230 varetægtsarrestanter, heraf 51 med dansk statsborgerskab (22,2 pct.), 170 med andet statsborgerskab end dansk (73,9 pct.), 7 statsløse (3,0 pct.) og 2 ukendte (0,9 pct.). Fordelingen blandt samtlige varetægtsarrestanter i Kriminalforsorgens institutioner samme dag var 592 indsatte med dansk statsborgerskab (60,7 pct.), 367 indsatte med andet statsborgerskab end dansk (37,6 pct.), 10 statsløse (1 pct.) og 6 (0,6 pct.) uoplyste.

Opdeles analyserne på varetægtsfængslede med/uden psykiske sygdomme findes ingen association mellem statsborgerskab og psykiske sygdomme (Fishers exact test ( $p=0,199$ )), men signifikant forskel mellem de, der har dansk oprindelse versus de, der har udenlandsk oprindelse. Chi-i-anden test ( $p=0,002$ ).

En sådan overvægt af psykisk syge kriminelle med anden etnisk baggrund end dansk er forventelig. Studier har vist, at risikoen for at blive kriminel er den samme blandt skizofrene etniske danske og skizofrene med anden etnisk baggrund end dansk, men da andelen af skizofrene i populationen med anden etnisk baggrund end dansk er højere end blandt populationen med etnisk dansk baggrund, vil der selvsagt være flere psykisk syge kriminelle med anden etnisk baggrund end dansk i undersøgelsespopulationen. Oprindelseslandene vil variere afhængigt af, hvilke lande immigranterne kommer fra (Kramp & Gabrielsen, 2009).

Det er i denne sammenhæng ligeledes veletableret, at personer med anden etnisk baggrund end dansk er overrepræsenteret i Kriminalforsorgens institutioner og i det danske straffesystem som helhed, og at en stor del af denne overrepræsentation skal forstås i kontekst af væsentlige demografiske og socioøkonomiske forskelle mellem personer af dansk og af udenlandsk oprindelse.

Eksempelvis har Danmarks Statistik opgjort hvor mange personer, der blev fundet skyldige i overtrædelse af straffelov, færdselslov eller andre særlove, hvor den samlede befolkning (index 100) fordeles på personer fra vestlige lande (indeks 65) versus ikke-vestlige lande (indeks 174), samt på personer med udenlandsk oprindelse (indeks 136), herunder indvandrere (indeks 124) og efterkommere (indeks 207), versus dansk oprindelse (indeks 95), som altså viser en klar overrepræsentation af straffede med anden etnisk oprindelse i befolkningen (Danmarks Statistik, 2011: 186)<sup>43</sup>.

Relationen mellem socioøkonomiske forhold, etnicitet og kriminalitetshyppighed er endvidere belyst i flere undersøgelser, herunder Socialforskningsinstituttets undersøgelse *Etniske minoriteter i tal* fra 2005, som bl.a. viser, at overkriminaliteten blandt mænd med etnisk minoritetsbaggrund reduceres fra indeks 138 til indeks 104, når der korrigeres for stillingsbetegnelse og alder. Overrepræsentationen af straffede med anden etnisk baggrund kan således i vid udstrækning tilskrives, at etniske minoriteter i langt højere grad end personer med dansk oprindelse står udenfor arbejdsstyrken, og dermed tilhører en stillingsgruppe med særlig høj kriminalitetsfrekvens<sup>44</sup> (Dahl, 2005: 41ff.).

---

<sup>43</sup> Indsæt note ved. index

<sup>44</sup> I dansk kontekst er dette forhold belyst i en lang række undersøgelser. Fx konkluderer SFI i denne undersøgelse, at etniske minoritetsgrupper er markant ringere stillet end den øvrige befolkning hvad angår socioøkonomiske baggrunds-

I denne forståelsesoptik er det således ikke overraskende, at etniske minoriteter er overrepræsenteret i undersøgelsespopulationen, idet man tværtimod kunne forvente, at forholdet var mere fremtrædende. Dette kan skyldes, at screeningsundersøgelsens design ekskluderer indsatte uden dansk CPR-nummer<sup>45</sup>.

### 6.1.2 Familierelationer

I det følgende belyses indsattes familierelationer gennem hhv. variablene for civilstand og om indsatte har børn.

Tabel 6.2: Indsattes civilstand og børn vs. fordelinger i den samlede danske befolkning

<i>Familierelationer</i>		<b>Andel i undersøgelsespopulationen</b>	<b>Andel i den samlede danske befolkning<sup>46</sup></b>
<b>Civilstand (n=672)</b>	Gift/partnerskab/ samlevende	28,2	38,8
	Fraskilt/separeret	8,3	8,3
	Enke/enkemand	0,6	5,4
	Ugift/enlig	62,9	47,5
<b>Børn (n =672)</b>	Indsatte har børn	41,9	~32,6

### Civilstand

Som det fremgår af tabel 6.2 er andelen af ugifte/enlige indsatte (62,9 pct.) højere end i den samlede danske befolkning (47,5 pct.), mens andelen af indsatte i ægteskabelige forhold (28,2 pct.) og andelen af enker/enkemænd (0,6 pct.) er lavere end i den samlede danske befolkning (hhv. 38,8 pct. og 5,4 pct.). Denne fordeling kan dels skyldes aldersfordelingen i undersøgelsespopulationen, hvoraf størstedelen er unge mænd, som endnu hverken har giftet sig eller er blevet skilt, og hvor kun 4 pct. er 50 år eller mere, og således ikke er blevet enke/enkemænd (endnu), dels skyldes andre forhold, herunder indsattes psykiske tilstand, kriminelle løbebane mv.

Sidstnævnte stemmer overens med bl.a. Kyvsgaards studier, som har påvist store forskelle i de ægteskabelige forhold mellem lovovertrædere og den øvrige befolkning. Ifølge Kyvsgaard lever få lovovertrædere i ægteskab, og det skyldes ikke kun lovovertrædernes unge alder. Såfremt grup-

---

forhold, herunder i særlig grad uddannelsesniveaue, beskæftigelsesgrad og indkomstforhold, hvilket bl.a. relateres til diskrimination og stigmatisering i samfundet generelt, og på arbejdsmarkedet i særdeleshed (Dahl, 2005).

<sup>45</sup> Udlændinge (dvs. turister, asylansøgere og personer med ulovligt ophold i landet, der er sigtet eller dømt for overtrædelse af straffelovgivningen) udgjorde af det samlede belæg på 12.293 personer i 2009 19,6 pct. i arresthusene (Kriminalforsorgen, 2012: 33). Disse 19,3 pct. er ikke forsøgt indrulleret i screeningsprojektet.

<sup>46</sup> Oplysningerne for den samlede danske befolkning er opgjort på baggrund af variablene 'FOLK1' (civilstand) og 'FAM111N (børn) i Danmarks Statistiks 'Statistikbanken'(2012a).

pen af lovovertrædere sammenlignes med samme aldersgrupper i befolkningen, er mindre end halvt så mange lovovertrædere gift. Samtidig *har* mange indsatte været gift, ikke mindst i de ældre aldersgrupper, hvor skilsmisseraten er særlig høj (Kyvsgaard, 1989: 41-42). På samme tid viser studier om psykisk sygdom, at psykisk syge dels har sværere ved at etablere og opretholde sociale relationer, herunder at leve i parforhold, dels har større sandsynlighed for at blive separeret/skilt efter en indlæggelse på et psykiatrisk hospital (Agerbo, Byrne, Eaton, & Mortensen, 2004; Sørensen, 2012; Greve et al., 2012: 92-93).

Opgøres indsattes civilstand i grupperne gift/registreret partnerskab vs. fraskilt/enke/ugift er der imidlertid ikke signifikant forskel på civilstand blandt psykisk syge og ikke psykisk syge, Chi-i-anden test ( $p=0,184$ ), hvilket måske skal forklares ved, at antallet af skizofrene er stærkt begrænset i undersøgelsespopulationen.

## Børn

Af datamaterialet fremgår endvidere, at 42 pct. af de indsatte har mellem 1-7 børn og tilsammen 526 børn, svarende til 0,8 barn pr. indsat og 1,9 barn pr. indsat forælder<sup>47</sup>. Der er ikke signifikant forskel på gruppen af indsatte med (1-7) børn og gruppen af indsatte uden børn, såfremt børnetalsoplysningerne sammenlægges i to kategorier og opdeles på, om indsatte er psykisk syge eller ej. Chi-i-anden-test ( $p=0,220$ ).

### 6.1.3 Uddannelse og beskæftigelse

I det følgende belyses indsattes uddannelsesniveau og beskæftigelsesgrad. Disse variable var inkluderet i screeningsinstrumentet, idet en række danske og internationale studier har vist, at der er en betydelig sammenhæng mellem psykisk sygdom og uddannelse, således at personer med psykisk sygdom har et lavere uddannelsesniveau end personer uden psykisk sygdom (jf. kapitel 6.3.1 nedenfor). På samme vis har både danske og internationale studier vist, at personer med psykiske sygdomme har lavere arbejdsmarkedsfrekvens end personer uden psykisk sygdom, og at psykisk sygdom har negativ betydning for den enkeltes beskæftigelsessituation af mange forskellige årsager (jf. kapitel 6.3.2 nedenfor).

---

<sup>47</sup> Det er ikke undersøgt, hvorvidt børnene under 18 år er hjemmeboende eller om indsatte har forældremyndighed over børnene. Indsattes tilknytning og ansvar for børnene kan dermed variere markant for gruppen.

Tabel 6.3: Uddannelse og beskæftigelse vs. fordelinger i den samlede danske befolkning

Uddannelse og beskæftigelse		Andel i undersøgelsespopulationen i pct.	Andel i den samlede danske befolkning i pct.
<b>Uddannelse - højest gennemførte (n=671) *</b>	Uafsluttet grundskole	19,1	29,3
	Afsluttet grundskole	45,0	
	Almen- og erhvervsgymnasial uddannelse	7,3	8,6
	Erhvervsuddannelse	21,6	31,8
	Kort videregående uddannelse	2,5	4,3
	Mellemlang videregående uddannelse	2,6	12,8
	Lang videregående uddannelse	1,5	9,2
<b>Eksistensgrundlag (n=669)**</b>	Lønindkomst og SU	29,6	~76
	Overførselsindkomst, lommepenge, ingen indkomst	70,4	~24

\* Befolkningens højeste fuldførte uddannelse (15-69 år) i 2012 baseret på 3.965.839 personer (Statistikbanken, 2012). Det bemærkes i denne sammenhæng, at 359.159 personer (svarende til 9 pct. af den samlede danske befolkning) er i alderen 15-19 år. Af disse har 334.801 (93,2 pct.) grundskole som højest gennemførte uddannelse, hvilket primært må tilskrives deres unge alder. Uddannelsesniveaut for denne gruppe må derfor alt andet lige forventes at stige i den kommende årrække.

\*\* Opgjort som modtagere (16-64 år) af overførselsindkomster i andele af den 16-64-årige befolkning (Danmarks Statistik, 2012b: 53).

### Uddannelsesniveau

Som det fremgår af tabel 6.3 er uddannelsesniveaut blandt undersøgelsespopulationen markant lavere end uddannelsesniveaut i den generelle danske befolkning. Således har 19 pct. af undersøgelsespopulationen oplyst, at de ikke har gennemført folkeskolens adgangseksamen, mens 45 pct. har grundskolen som højest gennemførte uddannelse. I alt 64 pct. af undersøgelsespopulationen har dermed grundskolen som højest gennemførte uddannelse (jf. tabel 6.3). For så vidt angår de resterende 36 pct. af undersøgelsespopulationen, har 22 pct. oplyst, at de har gennemført en erhvervsuddannelse, mens 7 pct. har gennemført en gymnasial uddannelse og 8 pct. har gennemført enten en kort-, mellemlang eller lang videregående uddannelse.

Til sammenligning kan nævnes, at andelen af 15-69-årige med 'grundskoleuddannelse eller mindre' som højeste gennemførte uddannelse var 29,3 pct. i den samlede befolkning i 2012, mens andelen med en gymnasial uddannelse som højeste gennemførte uddannelse var 8,6 pct., andelen med en erhvervsfaglig uddannelse som højeste gennemførte uddannelse var 31,8 pct. og andelen med en kort-, mellemlang eller lang videregående uddannelse som højeste gennemførte uddannelse udgjorde 26,3 pct. af befolkningen (jf. tabel 6.3). Hertil kommer, at uddannelsesniveaut i den samlede danske befolkning stiger betydeligt, såfremt aldersgruppen af 15-19-årige kun indgår med

samme andel som i undersøgelsespopulationen, idet denne gruppe ikke har nået at gennemføre videregående uddannelser endnu på grund af deres unge alder.

At uddannelsesniveaut divergerer anseligt mellem undersøgelsespopulationen og den generelle danske befolkning er ikke overraskende. Tværtimod stemmer det overens med tidligere undersøgelser, som viser, at uddannelsesniveaut er markant lavere blandt indsatte, og at mange indsatte desuden har haft en problematisk folkeskoletid med et ringe udbytte (eksempelvis Balvig & Høigård, 1988: 88-101; Kyvsgaard, 1989: 23-47; Tranæs & Geerdsen, 2008: 57ff.; Koudahl, 2010: 32ff., Direktoratet for Kriminalforsorgen, 2013).

Derudover falder det i tråd med en række danske og internationale studier, som har vist en betydelig sammenhæng mellem psykisk sygdom og uddannelse, således at personer med psykisk sygdom har et væsentlig lavere uddannelsesniveau end personer uden psykisk sygdom. Årsagen til det lavere uddannelsesniveau forklares i denne sammenhæng med, at mange psykiske sygdomme starter med at udvikle sig i barndoms- og ungdomsårene, hvor sygdommene bl.a. påvirker den unges mulighed for at gennemføre en uddannelse ved at nedsætte den enkeltes indlæringssevner og forøge antallet af sygefraværdsdage (Greve et al., 2012).

Såfremt indsattes uddannelsesniveau inddeles i tre kategorier, er der i overensstemmelse med ovenstående studier signifikant forskel på uddannelsesniveaut blandt indsatte med og uden psykisk sygdom (jf. tabel 6.4 nedenfor).

*Tabel 6.4: Uddannelse med sammenslåede kategorier*

<b>Uddannelse</b>	<b>Ikke psykisk syg</b>		<b>Psykisk syg</b>		<b>I alt</b>	
	n	Pct.	n	Pct.	n	Pct.
n=671						
Uafsluttet grundskole	109	18	21	39	130	19
Grundskole	273	44	28	52	301	45
Almen- og erhvervs uddannelse, gymnasie-, kort-, mellemlang og lang uddannelse.	234	38	5	9	239	36
I alt	616	100	54	100	670	100

Chi-i-anden-test,  $p=0,002$

Som det fremgår af ovenstående tabel 6.4, er der en signifikant forskel på indsattes uddannelsesniveau blandt psykisk syge indsatte og indsatte uden psykisk sygdom, såfremt indsattes uddannelsesniveau kategoriseres i tre grupper (uafsluttet grundskole, grundskole og erhvervsuddannelse/ gymnasium/kort/mellemlang/lang uddannelse). Blandt indsatte med psykisk sygdom har 39 pct. ikke



gennemført folkeskolens afgangseksamener, mens 52 pct. har folkeskolens afgangseksamen som højest gennemførte uddannelse. Sammenlagt har 91 pct. af de psykisk syge i undersøgelsespopulationen således maksimalt grundskolen som højest gennemførte uddannelse. Uddannelsesniveaue er dermed markant lavere blandt indsatte med psykisk sygdom end blandt indsatte uden psykisk sygdom, hvilket falder i tråd med de førnævnte studier herom (Greve et al., 2012).

### Eksistensgrundlag

I den henseende viser data, at de indsatte arbejdsmarkedsfrekvens også divergerer betragteligt fra den samlede danske befolkning. På tidspunktet for de(t) påsigtede forhold var 29,6 pct. af de indsatte beskæftiget enten som selvstændig, lønmodtager eller ved uddannelse, mens de resterende 71,4 pct. levede af statslig understøttelse, lommepenge, uden indtægt eller andet<sup>48</sup> (jf. tabel 6.3). Til sammenligning kan nævnes, at det af Danmarks Statistik fremgår, at erhvervsfrekvensen for den samlede danske befolkning i 2011 var 71,1 pct., mens beskæftigelsesfrekvensen var 73,6 pct.<sup>49</sup> (Danmarks Statistik, 2012b: 41). Undersøgelsespopulationen er med andre ord i langt højere grad end den øvrige danske befolkning uden tilknytning til arbejdsmarkedet og på overførelsesindkomster.

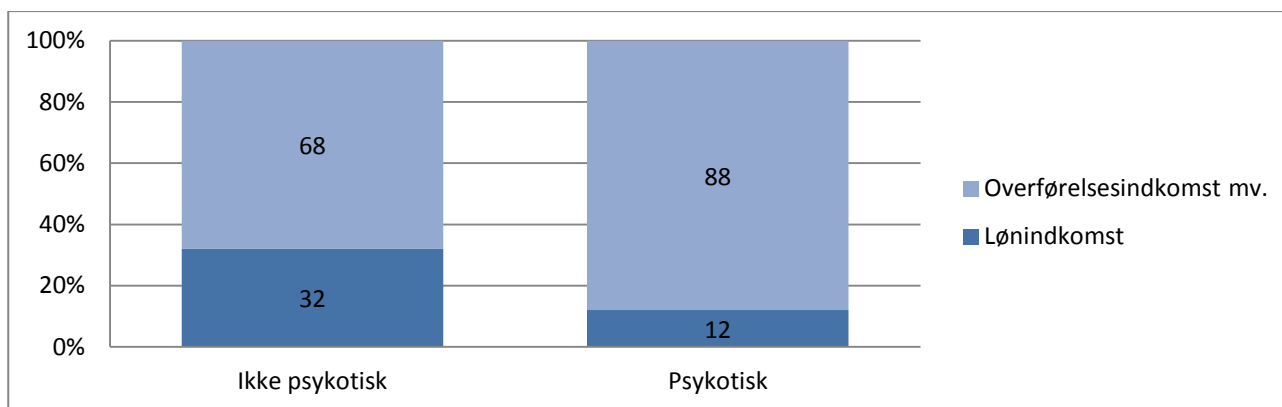
Dette billede stemmer overens med talrige danske og udenlandske studier af indsatte beskæftigelsesfrekvens og eksistensgrundlag, og det er således et forhold, som kun i ringe grad varierer over tid og på tværs af landegrænser (igen henvises til (Balvig & Høigård, 1988: 99ff.; Greve et al., 2012: 95-106; Koudahl, 2010; Kyvsgaard, 1998: 49-77; Tranæs & Geerdsen, 2008: 57-84)).

Opgøres de indsatte indkomstgrundlag på, om indsatte er blevet diagnosticeret med en psykisk sygdom eller ej fremkommer nedenstående figur:

<sup>48</sup> Andet er primært sort arbejde, kriminalitet, fængselsdusør, arv og pokerspil.

<sup>49</sup> Erhvervsfrekvensen angiver antal personer i arbejdsstyrken mellem 16-66 år i procent af den samlede befolkning i alderen 16-66 år, mens beskæftigelsesprocenten angiver antal beskæftigede mellem 16 og 66 år i procent af den samlede befolkning i alderen 16-66 år.

Figur 6.2: Indkomstgrundlag. Overførelsesindkomst vs.lønindkomst fordelt på helbredskategorierne



Som figuren viser, er indsatte med psykisk sygdom i langt højere grad end indsatte uden psykisk sygdom på overførelsesindkomster. Opgøres indsatte eksistensgrundlag dernæst i kategorierne 'i beskæftigelse' versus 'ikke i beskæftigelse' fås nedenstående tabel, hvoraf fremgår, at der er signifikant forskel mellem eksistensgrundlaget for indsatte med psykisk sygdom og indsatte uden psykisk sygdom ( $p=0,002$ ), hvilket falder i tråd med de omtalte studier herom (Greve et al., 2012).

Tabel 6.5: Eksistensgrundlag med sammenslåede kategorier. Overførelsesindkomst vs. lønindkomst

Eksistensgrundlag	Ikke psykisk syg		Psykisk syg		I alt	
	n	%	N	%	n	%
n=671						
Arbejde/SU	192	34	6	12	198	32
Førtidspension, kontanthjælp, sygedagpenge mv.	380	66	43	88	423	68
I alt	572	100	49	100	621	100

Chi-i-anden test,  $p=0,002$ .

#### 6.1.4 Opsummering af indsatte sociale forhold

Sammenfattende viser de deskriptive analyser af indsatte demografiske og socioøkonomiske forhold, at undersøgelsespopulationen hovedsagligt består af unge mænd, ligesom etniske minoriteter er markant overrepræsenterede i gruppen af indsatte set i forhold til den øvrige befolkning. Derudover viser analyserne, at størstedelen af undersøgelsespopulationen er enlige (63 pct.) og at lidt over halvdelen (58 pct.) ikke har børn. Derudover har 64 pct. af varetægtsarrestanterne et meget lavt uddannelsesniveau med enten uafsluttet grundskole eller afsluttet grundskole, som den højst gennemførte uddannelse, ligesom 70 pct. af undersøgelsespopulationen modtager overførelsesindkomst og dermed har meget svag arbejdsmarkedstilknytning.

Derudover viser de bivariate analyser, at gruppen af indsatte med psykisk sygdom har endnu ringere sociale forhold end indsatte uden psykisk sygdom, idet de adskiller sig på flere parametre, herunder ikke mindst på uddannelse og eksistensgrundlag, hvor sammenhængen med psykisk sygdom er høj-signifikant. Derudover er indsatte med anden etnisk baggrund end dansk i højere grad psykisk syge end indsatte med etnisk dansk baggrund. Disse resultater stemmer således overens med de fund andre danske og internationale undersøgelser er fremkommet med (fx (Andersen et al., 1994; Greve et al., 2012; Kyvsgaard, 1989; Sestoft, 1997)).

Sammenfattende tegner der sig det billede, at varetægtsfængslede på alle de belyste parametre udgør en socialt problematiseret og marginaliseret samfundsgruppe set i forhold til den øvrige befolkning. Karakteristikken af de varetægtsfængslede stemmer desuden overens med eksisterende viden på området.

## **6.2. Symptomer på psykisk sygdom og andre psykiatriske lidelser**

Udover de psykiatriske diagnoser og oplysningerne om varetægtspopulationens sociale forhold rummer datamaterialet en række oplysninger om undersøgelsespopulationens psykiske helbred på symptomniveau, som er tilvejebragt igennem sygeplejerskernes screeningsinterviews med de indsatte. Disse variable har til hensigt at afdække symptomer på psykiatrisk sygdom og lidelser, og tegner som sådan et billede af de indsattes mentale og følelsesmæssige tilstand på undersøgelsestidspunktet.

I det følgende præsenteres resultaterne af de indsattes besvarelser vedrørende symptomer på psykisk sygdom. Hver variabel vil i tabellægningen blive opgjort på, hvorvidt indsatte efterfølgende er diagnosticeret med psykisk sygdom ved projektets psykiatere, for derigennem at kunne differentiere symptombilledet og for at tilvejebringe viden om, hvorvidt der er forskel mellem de to grupper. Det er således ikke overraskende, hvis gruppen af psykisk syge indsatte udviser sværere symptomer på psykisk sygdom end de øvrige indsatte, eller hvis psykisk syge indsatte udviser symptomer på mange forskellige psykiske lidelser, idet disse symptomer ofte er indeholdt i diagnosen for psykisk sygdom. Snarere tværtimod – Alt andet ville være besynderligt.

Opdelingen i de to helbredskategorier (psykisk syg versus ikke psykisk syg) vil ikke fremgå i tabellægningen, men optræde i beskrivelsen af de forskellige variables fordelinger blandt de indsat-

te. Dog er der i tabellerne inkluderet chi-i-anden testets p-værdi, således at det fremgår, om der er signifikant forskel mellem helbredskategorierne for de enkelte variable eller ej.

### 6.2.1. Symptomer på svære psykiske lidelser

For at afgøre, om indsatte udviste symptomer på psykisk sygdom indeholdt screeningsinstrumentet bl.a. et spørgebatteri baseret på den anerkendte K6-skala, som søger at afdække svære psykiske lidelser, og som anvendes i store befolkningsundersøgelser med generelle spørgsmål om symptomer på psykisk sygdom (Kessler et al., 2002).

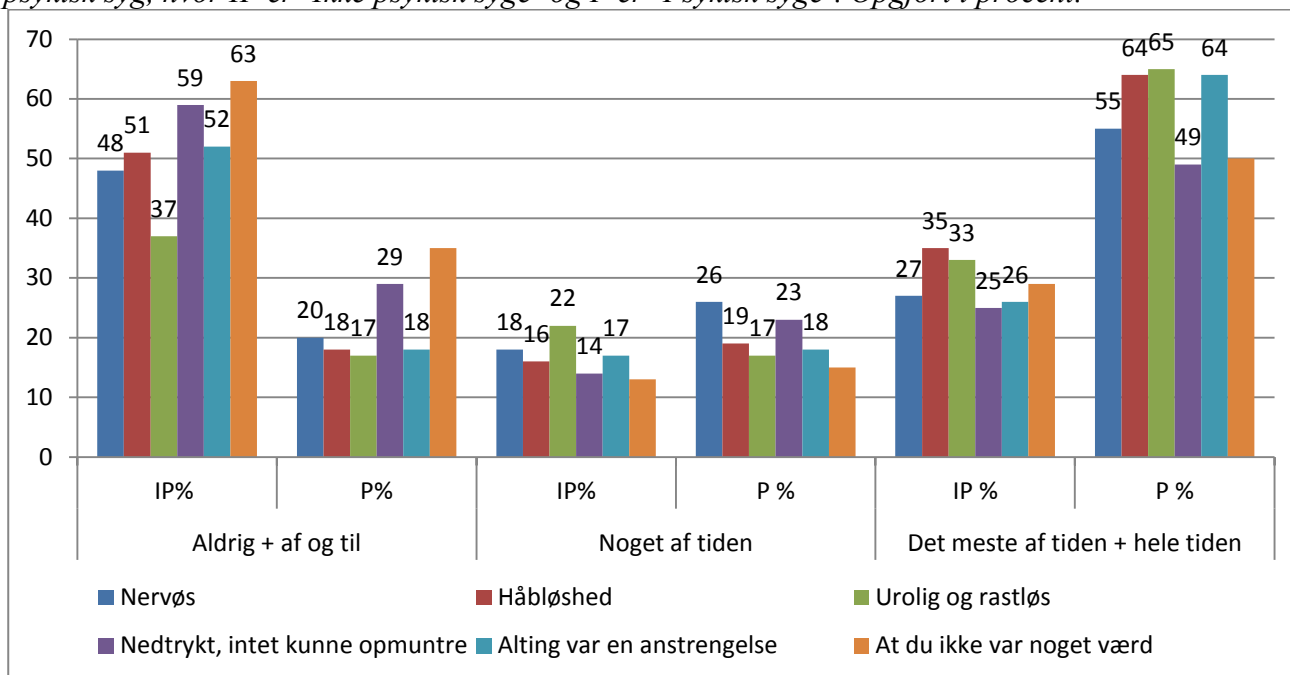
Spørgsmålene vedrører, hvor ofte den indsatte inden for de sidste 30 dage har følt nervøsitet, håbløshed, uro og rastløshed, nedtrykthed, at alting var en anstrengelse, samt ikke at være noget værd. De enkelte spørgsmål i spørgebatteriet er besvaret i forskellig grad, og svarprocenten for de enkelte spørgsmål varierer således fra 69-99 pct. (jf. tabel 6.6).

Tabel 6.6: K6-skala – symptomer på svære psykiske lidelser

I de sidste 30 dage, hvor ofte har du følt...		Aldrig	Af og til	Noget af tiden	Det meste af tiden	Hele tiden	P-værdi chi <sup>2</sup> -test Psykisk syg versus Ikke psykisk syg
... dig nervøs? (n=464)	n	104	108	85	89	78	p<0,006
	pct.	22,4	23,3	18,3	19,2	16,8	
... håbløshed? (n=668)	n	168	152	110	118	119	p<0,000
	pct.	25,1	22,8	16,5	17,7	17,8	
... dig urolig og rastløs? (n=468)	n	78	86	100	106	98	p<0,018
	pct.	16,7	18,4	21,4	22,6	20,9	
... dig nedtrykt – at intet kan opmun- tre dig? (n=469)	n	176	90	68	81	54	p<0,002
	pct.	37,5	19,2	14,5	17,3	11,5	
... at alting er en anstrengelse? (n=465)	n	126	103	80	82	74	p<0,000
	pct.	27,1	22,2	17,2	17,6	15,9	
... at du ikke er noget værd? (n=664)	n	299	105	88	82	90	p<0,000
	pct.	45,0	15,8	13,3	12,3	13,6	

Som det fremgår af tabellen, har langt størstedelen af de indsatte følt nervøsitet, håbløshed, uro og rastløshed, nedtrykthed, at alting var en anstrengelse og at de ikke var noget værd inden for de sidste 30 dage, og omkring 30 pct. af de indsatte har haft disse følelser *det meste af tiden* eller *hele tiden*. Såfremt ovenstående variable samles i en figur, der sammenstiller indsattes vurdering af egen sindstilstand inden for de sidste 30 dage/måned fordelt på sygdomskategorierne psykisk syg versus ikke psykisk syg fremkommer nedenstående figur.

Figur 6.3: Indsattes vurdering af egen sindstilstand inden for de sidste 30 dage. Psykisk syg vs. ikke psykisk syg, hvor IP er 'Ikke psykisk syge' og P er 'Psykisk syge'. Opgjort i procent.



Som det fremgår af tabel 6.6 og ovenstående figur, optræder følelserne i begge grupper, men hyppigere blandt indsatte med psykisk sygdom end blandt de øvrige indsatte. Halvdelen af de psykisk syge indsatte har det meste af tiden eller hele tiden oplevet, at de ikke var noget værd, mens 2 ud af 3 har oplevet håbløshed, uro og rastløshed, og at alting var en anstrengelse (det meste af tiden eller hele tiden). Sidstnævnte gør sig kun gældende for 1 ud af 3 indsatte uden psykisk sygdom. Sammenhængen er (høj-)signifikant for alle spørgsmål (jf. tabel 6.6).

Det skal i denne sammenhæng bemærkes, at mange af de ovenstående symptomer (og af de symptomer, der beskrives i de følgende afsnit) også kan henføres til selve varetægtsfængslingen. Mange varetægtsarrestanter er præget af håbløshedsfølelse, stresstilstande, forvirring, søvnbesvær og forskellige tilpasningsreaktioner under varetægtsfængslingen, herunder særligt i de første døgn af en varetægtsperiode. Dette skyldes bl.a., at en varetægtsfængsling er et stort indgreb i et menneskes liv. Et indgreb, som ofte opleves som særdeles ydmygende, idet den indsatte skal spørge om lov til alt - selv om at gå på toilettet, ligesom det at være lukket inde på en celle på syv kvadratmeter kan medføre alvorlige stresstilstande hos nogle indsatte (Kriminalforsorgen, 2011: 9-22).

### 6.2.2 Søvnbesvær

Søvnmangel er et indirekte symptom på psykisk sygdom, og det har derfor været relevant at spørge om søvnbesvær i forbindelse med udredningen. Der er således udviklet tre ja/nej-spørgsmål om

symptomer på søvnmangel. Spørgsmålene er inspireret af 'Hamiltons depressionsskala' (HAM-D<sub>17</sub>). HAM-D er en skala med 17 symptomer for sværhedsgraden af depression, hvor der rates på en svarskala fra 0-4 eller 0-2 efter symptomets alvorlighed. Symptomerne, der beskriver søvnmangel, er indsovningsbesvær, afbrudt søvn og søvnforstyrrelser/tidlig morgenopvågning (jf. Tabel 6.7).

To ud af tre psykiatrisk udredte indsatte har besvaret spørgsmålene om søvnproblemer, hvoraf 67-74 pct. af de indsatte har haft søvnproblemer indenfor de sidste tre dage, beskrevet ved, at der er gået mere end en halv time inden de faldt i søvn, at de har haft afbrudt nattesøvn og at de er vågnet mere end en time tidligere end de plejer (jf. tabel 6.7).

Tabel 6.7: Søvnbesvær

		Antal	Andel	Kumulativ andel	P-værdi chi <sup>2</sup> -test Psykisk syg versus Ikke psykisk syg
<b>Indsovningsbesvær (n=460)</b>	Ja	340	73,9	73,9	p<0,090
	Nej	120	26,1	100	
<b>Afbrudt søvn (n=467)</b>	Ja	334	71,5	71,5	p<0,004
	Nej	133	28,5	100	
<b>Tidlig opvågning (n=454)</b>	Ja	302	66,5	66,5	p<0,007
	Nej	152	33,5	100	

Der er ikke signifikant forskel på antallet, der har brugt mere end en halv time på at falde i søvn blandt indsatte med og uden psykisk sygdom (Chi-i-anden p<0,090). Dette forhold må tilskrives, at varetægtspopulationen generelt er plaget af disse symptomer (74 pct.), herunder også 63 pct. af de raske. Til gengæld er der forskel på de to grupper for så vidt angår afbrudt nattesøvn og tidlig opvågning, som indsatte med psykisk sygdom er mere plaget af end indsatte uden psykisk sygdom (Chi-i-anden, hhv. p<0,004 og p<0,007).

Dette stemmer overens med de diagnostiske kriterier for eksempelvis depression, der beskriver søvnmangel som et ledsagesymptom på en depressiv tilstand, ligesom søvnmangel ses som et indirekte symptom på psykisk sygdom (WHO, 2009: 87).

### 6.2.3 Suicidal adfærd

Derudover indeholdte sygeplejerskernens screeningsinstrument spørgsmål om suicidal adfærd hos indsatte. Spørgsmålene om selvmord er inspireret af Sundhedsstyrelsens anbefalinger om selvmordsscreening og af Hamiltons Depressionsskala 17. Spørgsmålene er inddraget, da forskning viser, at personer med psykiske sygdomme og andre psykiatriske lidelser har op mod 10-20 gange højere risiko for at begå selvmord end resten af befolkningen (Nordentoft, Mortensen, & Pedersen,

2011a). Selvmordstanker og selvbeskadende adfærd kan derfor være en indikator på psykisk sygdom.

I alt 97,5 pct. af de psykiatrisk udredte indsatte har besvaret spørgsmålene om suicidaltanker og selvbeskadigende adfærd. Enkelte har besvaret spørgsmålet med 'ønsker ikke at oplyse'. Disse besvarelser er udeladt af nedenstående opgørelse(jf. tabel 6.8, nedenfor).

Tabel 6.8: Selvmordstanker og selvbeskadigende adfærd

Suicidal adfærd		Antal	Andel	Kumulativ andel	P-værdi chi <sup>2</sup> -test Psykisk syg versus Ikke psykisk syg
<b>Selvmordstanker (n=655)</b> <i>Har indsatte haft tanker, planer og/eller forsøgt selvmord for nyligt?</i>	Nej, hverken tanker eller planer	345	52,7	52,7	p<0,000
	Har tanker, men ikke planer	215	32,8	85,5	
	Ja, har planer og/eller forsøgt selvmord for nyligt	95	14,5	100	
<b>Selvskade (cutting) (n=664)</b> <i>Har indsatte nogensinde gjort skade på sig selv, fordi han/hun havde det dårligt, men ikke for at ende livet?</i>	Ja	210	31,6	31,4	p<0,000
	Nej	454	68,4	100	

Som det fremgår af tabellen har 215 indsatte (32,8 pct.) tanker, men ikke planer om selvmord (altså et passivt dødsønske), mens 95 indsatte (14,5 pct.) har planer om og/eller forsøgt selvmord for nyligt.

Opgøres disse tal på helbredskategorierne, viser analyserne, at der er højsignifikant sammenhæng mellem selvmordstanker og psykisk helbred, således at 44 pct. af de indsatte med psykisk sygdom har haft selvmordstanker, men ikke forsøgt selvmord, mens dette gør sig gældende for 32 pct. af de indsatte uden psykisk sygdom. På samme vis har 31 pct. af de psykisk syge indsatte haft planer om selvmord og/eller forsøgt selvmord for nyligt, mens dette gør sig gældende for 13 pct. af de indsatte uden psykisk sygdom. Forskellene er højsignifikante, Chi-i-anden (p<0,000).

Samme billede går igen for så vidt angår selvbeskadigende adfærd (*cutting*), hvor 210 indsatte, svarende til 32 pct. af undersøgelsespopulationen, svarer bekræftende på, om de nogensinde har gjort skade på sig selv, fordi de havde det dårligt, uden dog at ville ende livet (jf. tabel 6.8 ovenfor). Dette gælder for 55 pct. af de indsatte med psykisk sygdom, 30 pct. af de indsatte uden psykisk sygdom.

Suicidal adfærd er således hyppigt forekommende hos begge grupper af indsatte, om end hyppigere blandt indsatte med psykisk sygdom end blandt indsatte uden psykisk sygdom.

Disse fund falder i tråd med flere danske og internationale studier om selvmordsrisici, der fremhæver, at alle psykiske sygdomme øger et menneskes risiko for at begå selvmord. En undersøgelse fra 2011 har vist, at mænd har 6 pct. risiko for at begå selvmord ved lidelserne skizofreni, bipolar sygdom og depression. For kvinder med disse lidelser er risikoen 4 pct. I den generelle danske befolkning er de tilsvarende tal 0,7 pct. for mænd og 0,3 pct. for kvinder (Nordentoft, Mortensen, & Pedersen, 2011b). Risikoen for selvmord er med andre ord væsentlig forøget for personer med psykisk sygdom.

Endvidere er det velkendt, at suicidal adfærd er langt hyppigere blandt indsatte end i den øvrige befolkning, herunder særligt blandt varetægtsfængslede. Selvmordsfrekvensen blandt varetægtsfængslede er således omkring 12 gange højere end i befolkningen som helhed, hvilket skal ses i kontekst af, at varetægtsfængslede alt andet lige er mere begrænsede end andre, når det gælder den praktiske udførelse af et selvmord (Center for Selvmordsforskning, 2001). Den høje selvmordsrate kan til dels tilskrives overrepræsentationen af psykisk sygdom og andre psykiske lidelser blandt indsatte, men kan også antages at have mange andre årsager, herunder bl.a. selve varetægtsfængslingen og de afledte følger heraf (jf. afsnit 6.2.1).

#### **6.2.4 Tankeforstyrrelser**

Screeningsinstrumentet rummer desuden oplysninger om, hvorvidt de indsatte har (haft) tankeforstyrrelser og syns- og hørelshallucinationer. Disse spørgsmål er inspireret af Psychosis Screener (PS), der meget specifikt screener for psykose (Degenhardt, Hall, Korten, & Jablensky, 2005). For at udnytte spørgsmålene fra PS bedst muligt er de inddraget i spørgeskemaet i to versioner. I første version har spørgsmålene fra PS været stillet ordret, mens sygeplejersken selv har formuleret spørgsmålene i anden version. Ud fra de afgivne svar har sygeplejersken dernæst skønnet, hvordan spørgsmålet i screeningsinstrumentet bedst besvares i overensstemmelse med det angivne svar. Kombinationen har givet en balance mellem standardiserede svar og svar, hvor sygeplejerskens faglighed har været medinddraget. Inddragelsen af to versioner af PS i spørgeskemaet var et forsøg på at opfange flest mulige med behov for udredning af psykisk sygdom.



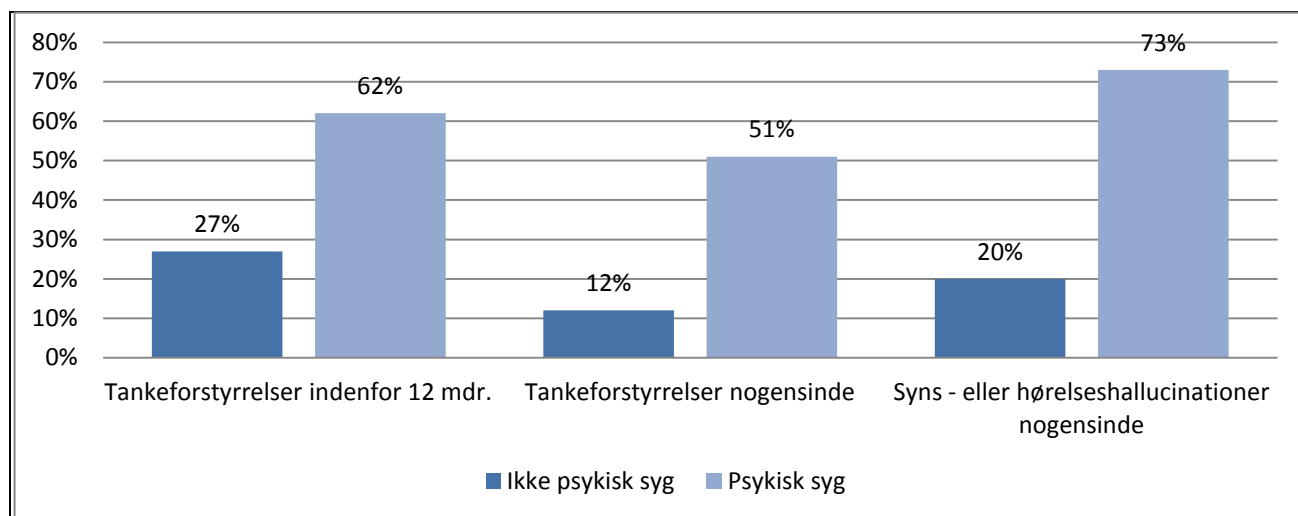
Af nedenstående tabel fremgår, at 15 pct. af de indsatte har haft tankeforstyrrelser, og 24 pct. har haft syns- og hørelshallucinationer (jf. tabel 6.9, nedenfor).

Tabel 6.9: Tankeforstyrrelser og syns- og hørelshallucinationer

		Antal	Andel (%)	Kumulativ andel	P-værdi chi <sup>2</sup> -test
<b>Tankeforstyrrelser (n=661)</b>	Ja	96	15	15	p<0,000
	Nej	561	85	100	
Har indsatte haft tankeforstyrrelser eller følt sig kontrolleret af andre mennesker?	Ja	52	38	38	p<0,000
	Nej	86	62	100	
Hvis ja – skete det på en måde, som kan findes usandsynlig, fx ved telepati? (n=138)	Ja	155	24	24	p<0,000
	Nej	502	76	100	

Fordeles disse besvarelser på om den indsatte er diagnosticeret med psykisk sygdom eller ej fremkommer nedenstående figur 6.4.

Figur 6.4: Oplevelse af tankeforstyrrelser samt syns - og hørelshallucinationer. Psykisk syg vs. Ikke psykisk syg



Som det fremgår af ovenstående figur har mellem 51-73 pct. af de indsatte med psykisk sygdom oplevet tankeforstyrrelser eller syns- og hørelshallucinationer, mens det gør sig gældende for 12-27 pct. af de indsatte uden psykisk sygdom. Sammenhængene er højsignifikante, Chi-i-anden ( $p<0,000$ ), hvilket er forventeligt, da tankeforstyrrelser og syns- og hørelshallucinationer er primære symptomer på psykose, som der af samme årsag ofte spørges efter i forbindelse med screeningsundersøgelser for psykose (Degenhardt et al., 2005). Af samme årsag er det bekymrende, at sygeplejerskerne vurderer, at mellem 12-27 pct. af de indsatte som sygeplejerskerne registrerede havde eller havde haft tankeforstyrrelser, alligevel ikke er psykisk syge.

## 6.2.5 Symptomer på ADHD

Screeningsinstrumentet indeholdte desuden et spørgebatteri, som skulle afdække symptomer på ADHD (F90: Hyperkinetisk forstyrrelse), hvor ASRS-skalaen, ADHD Self Rating Scale, blev anvendt (Kessler et al., 2005b; Kessler et al., 2007). ASRS-skalaen består af 18 spørgsmål om hyppigheden af symptomer på ADHD, og svarene rates på en svarskala rangerende fra aldrig til altid. De enkelte spørgsmål i spørgebatteriet er besvaret af mellem 457-469 indsatte (jf. tabel 6.14).

Tabel 6.10: ASRS-skala – symptomer på ADHD

ASRS: Hvor ofte...		Aldrig	Sjældent	Nogen gange	Ofte	Altid	P-værdi chi <sup>2</sup> -test*
... har du problemer med <b>at gøre opgaver færdig</b> , når den meget interessante del er overstået (n=464)	n	82	106	112	124	40	p=0,008
	pct.	17,7	22,8	24,1	26,7	8,6	
... har du svært ved at klare en opgave, der kræver <b>planlægning</b> (n=465)	n	121	142	91	80	31	p<0,000
	pct.	26,0	30,5	19,9	17,2	6,7	
... har du problemer med at <b>huske aftaler</b> eller andre ting, du burde huske (n=469)	n	75	75	107	159	53	p=0,019
	pct.	16,0	16,0	22,8	33,9	11,3	
... <b>undgår eller udsætter</b> du opgaver, der kræver mange overvejelser (n=461)	n	41	115	124	140	41	p=0,058
	pct.	8,9	24,9	26,9	30,4	8,9	
... sidder du <b>uroligt med arme eller ben</b> , når du skal sidde stille i længere tid (n=467)	n	75	66	71	133	122	p=0,130
	pct.	16,1	14,1	15,2	28,5	26,1	
... føler du dig <b>overdreven aktiv</b> og drevet til at gøre ting – som om du var drevet af en indre motor (n=465)	n	105	88	100	119	53	p=0,028
	pct.	22,6	18,9	21,5	25,6	11,4	
... laver du <b>sjuskefejl</b> , når du skal gennemføre en kedelig eller vanskelig opgave (n=466)	n	75	125	141	87	38	p=0,013
	pct.	16,1	26,8	30,3	18,7	8,2	
... har du svært ved at <b>bevare opmærksomheden</b> , når du har kedeligt eller ensformigt arbejde, der skal gøres (n=457)	n	58	70	120	149	60	p=0,032
	pct.	12,7	15,3	26,3	32,6	13,1	
... har du problemer med at <b>koncentrere dig om, hvad folk siger til dig</b> – selv når de taler direkte til dig (n=466)	n	129	113	111	90	23	p<0,000
	pct.	27,7	24,2	23,8	19,3	4,9	
... <b>bliver ting væk</b> fra dig hjemme eller på arbejde (n=469)	n	76	117	102	131	43	p=0,001
	pct.	16,2	24,9	21,7	27,9	9,2	
... <b>distraheres</b> du af aktiviteter eller støj omkring dig (n=466)	n	62	103	100	139	62	p<0,000
	pct.	13,3	22,1	21,5	29,8	13,3	
... <b>forlader du møder</b> eller andre situationer, hvor du forventes at blive siddende (n=464)	n	218	101	70	62	13	P=0,002
	pct.	47,0	21,8	15,1	13,4	2,8	
... føler du dig <b>rastløs eller har indre uro</b> (n=466)	n	48	82	100	138	98	P=0,001
	pct.	10,3	17,6	21,5	29,6	21,0	
... har du <b>svært ved at koble fra</b> eller slappe af, når du har tid med dig selv (n=461)	n	97	100	80	106	78	p=0,032
	pct.	21,0	21,7	17,4	23,0	16,9	
... har du fornemmelsen af, at du <b>taler for meget</b> (n=464)	n	142	108	96	77	41	p=0,968
	pct.	30,6	23,3	20,7	16,6	8,8	
... kommer du til at <b>afslutte andre sætninger</b> , før de selv gør det, når du taler med andre (n=467)	n	115	103	111	109	29	p=0,605
	pct.	24,6	22,1	23,8	23,3	6,2	
... har du <b>svært ved at vente</b> til det bliver din tur (n=467)	n	78	82	114	122	71	p=0,207
	pct.	16,7	17,6	24,4	26,1	15,2	
... <b>afbryder</b> du andre, når de er optaget af noget andet (464)	n	76	127	156	79	26	p=0,007
	pct.	16,4	27,4	33,6	17,0	5,6	

\*Chi<sup>2</sup>-testene anvendes i denne forbindelse til at teste, om indsatte, der er psykisk syge, svarer anderledes på spørgsmålene, end indsatte, der ikke er diagnosticeret med en psykisk sygdom. I de tilfælde, hvor p-værdien er lig med eller under 0,05, er der signifikant forskel på besvarelserne afhængigt af, om den indsatte er syg eller ej. Bemærk: Svarene på de enkelte spørgsmål er opdelt i to kategorier, hhv. aldrig/sjældent/nogen gange og ofte/altid, i forbindelse med kørslerne af chi<sup>2</sup>-testene, således at testene ikke brød sammen pga. for mange celler med for få observationer.

Besvarelsene giver samlet set et blandet billede af undersøgelsespopulationen for så vidt angår symptomer på ADHD, idet nogle symptomer er klart mere fremtrædende end andre. Eksempelvis angiver 55 pct. af de indsatte, at de ofte eller altid sidder uroligt med arme eller ben, når de skal sidde stille i længere tid, og 51 pct. at de ofte eller altid føler sig rastløse eller har indre uro. Andre fremtrædende symptomer er problemer med at huske aftaler og med at bevare opmærksomheden på kedelige arbejdsopgaver, som hhv. 45 pct. og 46 pct. af de indsatte angiver at have ofte eller altid. Derimod angiver størsteparten af de indsatte, at de aldrig eller kun sjældent har svært ved at klare opgaver, der kræver planlægning eller forlader møder e.l., hvor de forventes at blive (hhv. 56 pct. og 68 pct.).

Det kan i forlængelse heraf indvendes, at standardiserede spørgeskemaer som ASRS-skalaen, som er konstrueret med henblik på en generaliseret respondentgruppe, kun i nogen grad relaterer til de konkrete livsomstændigheder, som er på spil i en population som den nærværende. Når det eksempelvis betænkes, at størsteparten af de indsatte står udenfor arbejdsmarkedet, er det for mange indsattes vedkommende antageligvis kun sjældent, at de står over for opgaver, som kræver planlægning, eller deltager i en mødesituation.

Såfremt besvarelsene af spørgsmålene fordeles på, om de indsatte er diagnosticeret med psykisk sygdom eller ej, er sammenhænge signifikante ved 13 spørgsmål, men insignifikant ved 5 spørgsmål. Således udviser indsatte, der er diagnosticeret med en psykisk sygdom, flere symptomer på ADHD end de øvrige indsatte for så vidt angår 13 ud af 18 forhold, hvilket (som nævnt) er forventeligt, da symptomerne kan være indeholdt i andre diagnoser.

### **6.2.6 Behandlingshistorik**

Endelig indeholder screeningsinstrumentet en række spørgsmål vedrørende de indsattes behandlingshistorik, herunder om de indsatte a) nogensinde har været henvist til, eller været i behandling hos, en psykiater, b) nogensinde har været indlagt på en psykiatrisk afdeling, c) nogensinde har været i behandling hos læge/psykolog for psykiske problemer, d) nogensinde har været i behandling med nervemedicin og e) nogensinde tidligere er blevet diagnosticeret med skizofreni (jf. tabel 6.15 nedenfor). Disse spørgsmål var inspireret af en undersøgelse blandt retspsykiatriske patienter, der viste, at forudgående psykiatrisk behandling er en indikator, der kan forbedre et screeningsinstruments resultater (Swartz, 2008), ligesom en dansk artikel om skizofreni og kriminalitet fra 2003

anbefalede, at varetægtsfængslede som minimum bør spørges om tidligere indlæggelse eller kontakt med det psykiatriske behandlingssystem (Munkner et al., 2003).

Tabel 6.15: Variable om tidligere kontakt til det psykiatriske system

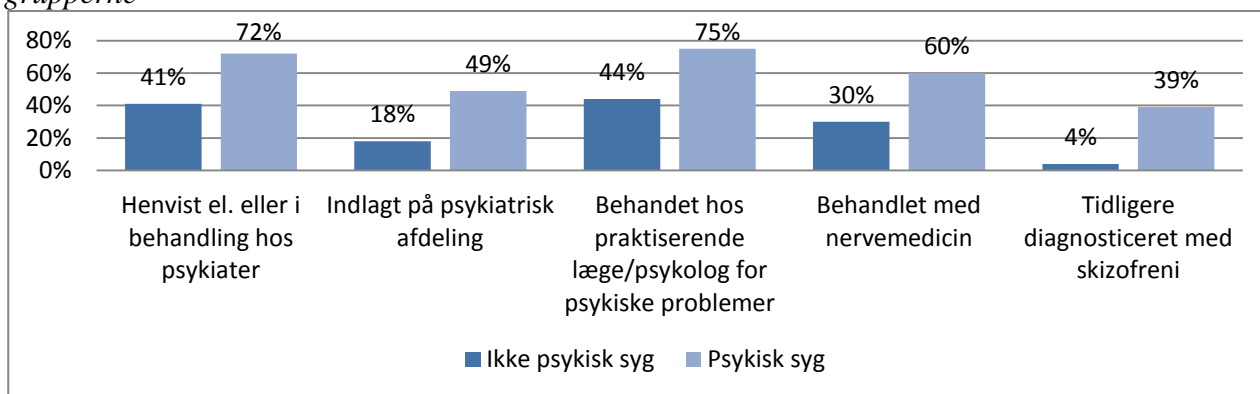
		Antal	Andel	Kumulativ andel	P-værdi chi <sup>2</sup> -test Psykisk syg versus Ikke psykisk syg
Har indsatte været henvist til eller i behandling hos en psykiater? (n=667)	Ja	290	43,5	43,5	p<0,000
	Nej	377	56,5	100	
Har indsatte været indlagt på en psykiatrisk afdeling? (n=671)	Ja	136	20,3	20,3	p<0,000
	Nej	535	79,7	100	
Har indsatte været i behandling hos praktiserende læge eller psykolog for psykiske problemer? (n=666)	Ja	310	46,5	46,5	p<0,000
	Nej	356	53,5	100	
Har været i behandling med nervemedicin? (n=467)	Ja	152	32,5	32,5	p<0,000
	Nej	315	67,5	100	
Har en læge på et tidspunkt sagt, at pågældende lider af skizofreni? (n=661)	Ja	41	6,2	6,2	p<0,000
	Nej	620	93,8	100	

Ser man nærmere på disse besvarelser, fremkommer en betydelig sygdoms- og behandlingshistorik, idet 44 pct. af de indsatte har været henvist til, eller i behandling hos, en psykiater, 20 pct. har været indlagt på en psykiatrisk afdeling, 47 pct. har været i behandling hos egen praktiserende læge og/eller psykolog for psykiske problemer, 33 pct. har været i behandling med nervemedicin og 6 pct. er tidligere blevet diagnosticeret med skizofreni.

Til sammenligning kan nævnes, at ca. 2 pct. af den samlede befolkning er i voksenpsykiatrisk behandling årligt (Danske Regioner, 2011), og at ca. 9 pct. af befolkningen bliver registreret i hospitals- eller distriktskykiatrien i løbet af deres liv (Greve et al., 2012).

Opgøres fordelingerne endvidere på om indsatte er blevet diagnosticeret med en psykisk sygdom eller ej, fremkommer nedenstående figur. Her fremgår det, at der også hvad angår indsattes tidligere behandlingsforløb er væsentlig forskel mellem de to grupper.

Figur 6.5: Tidligere kontakt til det psykiatriske system eller psykolog opgjort i procent af sygdomsgrupperne



Figuren viser, at tre ud af fire af de indsatte med psykisk sygdom har været behandlet hos egen praktiserende læge/psykolog for psykiske problemer og været henvist til eller været i behandling hos en psykiater, mens det gør sig gældende for godt 40 pct. (hhv. 44 pct. og 41 pct.) af de indsatte uden psykisk sygdom. Derudover viser figuren, at halvdelen af de psykisk syge indsatte har været indlagt på en psykiatrisk afdeling, mens dette er tilfældet for 18 pct. af de indsatte uden psykisk sygdom.

Blandt indsatte med psykisk sygdom har 60 pct. desuden været behandlet med nervemedicin, hvilket er tilfældet for 30 pct. af de øvrige indsatte. Indsatte med psykisk sygdom har således dobbelt så stor sandsynlighed for at have været i behandling med nervemedicin som gruppen af indsatte uden psykisk sygdom. Endelig fremgår det af figuren, at 39 pct. af de indsatte med psykisk sygdom tidligere er blevet diagnosticeret med skizofreni, mens det er tilfældet for 4 pct. af de indsatte uden psykisk sygdom. Sammenhængen er højsignifikant for alle variable, Chi-i-anden ( $p < 0,000$ ).

#### **6.2.7. Opsummering af indsattes symptomer på psykisk sygdom**

De deskriptive analyser af varetægtsarrestanternes symptombillede viser, at store dele af undersøgelsespopulationen udviser symptomer på psykisk sygdom og andre psykiske lidelser, herunder både søvnbesvær, suicidal adfærd, tankeforstyrrelser, syns- og hørelshallucinationer og ADHD-symptomer. Flere af disse symptomer kan også tænkes (delvist) at relatere til den aktuelle varetægtsfængsling, som af mange indsatte opleves som en stor følelsesmæssig og mental belastning. Endvidere har mange af de indsatte en betydelig behandlingshistorik.

Fordelt på helbreds-kategorierne er de psykisk syge indsatte i næsten alle tilfælde mere plaget af symptomer end indsatte uden psykisk sygdom, om end samtlige symptomer optræder hos begge grupper af indsatte.

Fordelingen af symptomer i undersøgelsespopulationen svarer i vid udstrækning til andre studier af lignende populationer, om end forholdene overvejende er mere fremtrædende i nærværende undersøgelse. På samme vis levner analyserne ikke tvivl om, at symptomerne er mangedoblet i undersøgelsespopulationen i forhold til fordelingen i den samlede danske befolkning, ligesom der også tegner sig et andet sygdomsbillede, hvad angår tidligere psykiatriske indlæggelser og øvrig behandlingshistorik.

## 7. Ethiske overvejelser, fejlkilder og overvejelser om projektets validitet og reliabilitet

I forbindelse med at designe, iværksætte og gennemføre 'Screeningsprojektet for psykisk sygdom' var det nødvendigt at gøre nogle etiske og metodemæssige overvejelser, herunder at søge efter eventuelle fejlkilder. I det følgende kapitel beskrives disse overvejelser nærmere.

### 7.1. Ethiske overvejelser

I forbindelse med udarbejdelsen af screeningsprojektets undersøgelsesdesign og gennemførelsen af projektet har flere etiske aspekter af projektgennemførelsen været drøftet, herunder de individuelle konsekvenser for de indsatte i forbindelse med inklusion og eksklusion fra projektet. I de nedenstående afsnit udfoldes flere af disse etiske overvejelser. Dernæst følger et afsnit vedrørende de fejlkilder, som kan have influeret på screeningsprojektets resultater.

#### 7.1.1. Eksklusion af udenlandske varetægtsarrestanter

Som det fremgår af kapitel 3.4.3 blev varetægtsarrestanter uden dansk CPR-nummer ekskluderet af undersøgelsespopulationen. Denne eksklusion var nødvendig af praktiske årsager, herunder at undersøgelsen anvendte et dansk screeningsinstrument, men indebar en etisk afvejning, idet nogle indsatte, som kunne have et særligt behov for psykiatrisk tilsyn, ikke fik mulighed for at blive undersøgt i denne undersøgelses regi. Da undersøgelsen imidlertid fandt sted på Vestre Fængsel, hvor der på grund af sundhedspersonalet på Vestre Hospital er et øget fokus på indsatte med psykiske lidelser, bør der være taget hånd om størstedelen af de psykisk syge indsatte, der ikke har været inkluderet i denne undersøgelsespopulation. Derudover afstedkom dette valg, at flere indsatte nåede at blive udredt i projektperioden, idet psykiaternes tid blev anvendt mest effektivt.

#### 7.1.2. Informeret samtykke

Som det fremgår af kapitel 3.3.1. indhentede sygeplejerskerne informeret samtykke hos den enkelte varetægtsfængslede forud for screeningsinterviewet. Denne procedure var særdeles vigtig, da ny-indsatte varetægtsfængslede er en gruppe af særligt udsatte personer; de er frihedsberøvede og kan have svært ved at hævde deres integritet i fængselsregimet. Af samme årsag kan det være svært for en varetægtsarrestant at overskue eventuelle konsekvenser af en given projektdeltagelse, herunder ligeledes konsekvenserne af at frabede sig deltagelse i projektet.

Da screeningsprojektet netop var et projekt, og ikke en del af fængslets almindelige sundhedsbetjening ved modtagelsessamtalen, var det afgørende for opfyldelsen af de etiske forpligtelser i projektgennemførelsen, at projektsygeplejerskerne ved enhver indsættelse informerede indsatte grundigt om projektet, herunder både mundtligt og skriftligt oplyste, at a) det var frivilligt for indsatte at deltage i projektet, at b) indsatte ikke nødvendigvis selv ville få udbytte af sin deltagelse, og c) at det ikke ville få nogen negative konsekvenser for den indsatte at frabede sig deltagelse i projektet. Den indsatte blev derudover informeret om, at han/hun kunne udbede sig betænkningstid inden svarafgivelsen, og at pågældende til hver en tid kunne trække sit tilsagn om deltagelse tilbage uden nogen yderligere begrundelse. Samtykket skulle med andre ord være informeret og afgives frit, dvs. uden at der var udvendigt pres på indsatte, herunder ligeledes fravær af økonomisk pression. Disse elementer var særdeles væsentlige at tydeliggøre i en fængselskontekst, da de nyankomne varetægtsarrestanter kunne være nervøse for eller spekulere i, at et tilsagn/afslag på deltagelse i screeningsprojektet ville få konsekvenser for pågældendes fremtidige mulighed for almindelig lægebehandling eller anden sundhedsmæssig bistand i fængslet, samt i forhold til indsattes retslige forhold. Af samme årsag blev det besluttet, at der ikke skulle etableres et økonomisk incitament for indsatte i forbindelse med projektdeltagelse, som fx en dusør for deltagelse eller kage/sodavand under screeningsamtalen. Der har med andre ord ikke været et sådan pres eller incitament til stede i projektet.

### **7.1.3. Unge under 18 år**

For gruppen af indsatte, som var umyndige på grund af lav alder, har der været udfærdiget en særlig deltagerinformation. Denne deltagerinformation var udarbejdet for, at de unges forældre/værger på et informeret grundlag kunne beslutte, om den unge måtte deltage i projektet. Såfremt de 15-17-årige ønskede at deltage i projektet, men ikke ville have deres forældre/værger involveret, blev det på baggrund af drøftelser om og afvejelser af, hvorvidt det var etisk (u)forsvarligt alligevel at rette henvendelse til den unges forældre/værger, besluttet, at der ikke skulle rettes kontakt til pågældendes forældre/værger i forbindelse med projektet, og at den indsatte dermed i stedet udgå af undersøgelsen.

### **7.1.4. Negative konsekvenser ved deltagelse**

Alle deltagere har anvendt et vist tidsforbrug på undersøgelsen. For den population af indsatte, der ikke fejlede noget, har tidsforbruget muligvis været unødigt.

Alle, der ønskede at deltage i undersøgelsen, er blevet undersøgt af en psykiater. Indsatte, som ikke oplevede sig som syge, kunne som følge af projektet få stillet en diagnose. Det kan i visse tilfælde have haft positive behandlingsmæssige konsekvenser. Enkelte vil dog have fået stillet en diagnose, som det ikke er mulig at behandle (i fængselsregi), eller hvor behandlingen er med så betydelige bivirkninger, at der ikke synes at være nogen nettogevinst. En negativ konsekvens ved at få stillet en diagnose kan således være de uforholdsmæssig mange frustrationer som kan opstå hos de indsatte, der har fået stillet en diagnose, men ikke behandles for den. Den enkelte indsatte kan herved få følelsen af, at der mangler et opfølgende behandlingstilbud i forhold til den erfarede viden ved projektdeltagelse. Det har derfor været en afgørende, at projektsygeplejerskerne og de psykiatriske konsulenter forud for indsattes projektdeltagelse har informeret indsatte om, at der kun iværksættes behandling eller overflytning til psykiatrisk regi, såfremt den indsatte blev fundet psykisk syg eller sundhedspersonalet i Vestre Fængsel fandt det nødvendigt.

Omvendt har tidligere undersøgelser (Sestoft, Andersen, Lillebaek, & Gabrielsen, 1998) vist, at det er belastende og sygdomsforværende at være indsat med en psykisk sygdom. Der er derfor betydelige fordele forbundet med at identificere psykisk sygdom blandt indsatte, som dernæst kan tilbydes behandling. På samme vis kan det antages at være en fordel for den enkelte indsatte at få kendskab til og viden om, hvilken lidelse han eller hun har. Dette gælder ikke mindst for de indsatte, som i en længere periode har afventet psykiatrisk udredning i det almindelige psykiatriske system. Dette synes at have opvejet de potentielle negative konsekvenser.

#### **7.1.5. Anonymitet og tavshedspligt**

De personfølsomme oplysninger, der er indhentet i forbindelse med gennemførelsen af screeningsprojektet, er, i overensstemmelse med Kriminalforsorgens almindelige praksis, underlagt fuldstændig anonymitet. Samtlige oplysninger om undersøgelsespopulationens helbredsforhold, private forhold og andre oplysninger, som er fremkommet i forbindelse med projektet, er omfattet af tavshedspligt og vil kun blive publiceret i aggregeret form eller anonymiseret på anden vis. Endvidere vil alle data og oplysninger, indsamlet i forbindelse med projektet, blive opbevaret og behandlet fortroligt i henhold til lov om behandling af personoplysninger og datatilsynets regelsæt herfor.

#### **7.1.6. Ret til aktindsigt**

Af det skriftlige informationsmateriale, som har været udleveret til de varetægtsfængslede, fremgår, at de indsatte har haft mulighed for aktindsigt i undersøgelsens protokol efter offentlighedslovens



bestemmelser. Indsatte har desuden haft adgang til at se alle papirer vedrørende egen deltagelse i undersøgelsen, bortset fra fortrolige oplysninger om andre indsatte. Den enkelte indsatte er blevet orienteret herom forud for og i forbindelse med indhentningen af det informerede samtykke vedrørende projektdeltagelse.

## 7.2 Fejlkilder

I forbindelse med gennemførelse af store undersøgelser, som nærværende screeningsprojekt, er der risiko for, at forskellige forhold (fejlkilder) influerer på undersøgelsen, hvorved undersøgelsens resultater kan blive skævvredet og i værste fald decideret fejlagtige. I de følgende afsnit præsenteres nogle af de fejlkilder, der kan have influeret på undersøgelsens resultater.

### 7.2.1. Misbrug

I forbindelse med misbrug forekommer ofte en lang række symptomer som syns- og hørelshallucinationer, humørsvingninger, angst, perceptionsforstyrrelser mv. Disse symptomer optræder også ved psykoser og andre psykiatriske lidelser og forstyrrelser, hvilket kan være med til at sløre sygdomsbilledet. Misbrug kan endvidere betragtes som en form for selvmedicinering, og det er vanskeligt at skelne mellem disse tilstandes primære opståen. Korrekt diagnosticering af personer med misbrug - specielt psykose - kræver derfor observation over længere tid, hvilket ikke har været muligt i nærværende projekt.

### 7.2.2. Institutionspraksis versus projektdesign

En anden væsentlig fejlkilde udsprang af, at der i projektets initierende faser ikke eksplicit var fokus på eventuelle uoverensstemmelser mellem screeningsprojektets design og institutionens almindelige gældende regler og procedurer, herunder ikke mindst for så vidt angår overførslerne af indsatte med psykisk sygdom til psykiatrisk behandling uden for fængslet.

Det stod i løbet af projektperioden klart, at sygeplejerskerne indimellem undlod at sætte kryds ved 'psykotisk', selvom sygeplejersken havde mistanke herom. Denne fejl opstod, fordi sygeplejerskerne henholdte sig til fængslets almindelige gældende regler og procedurer for overførsel af indsatte til psykiatrisk behandling uden for fængslet. Af fængslets almindelige regler for overførsel af indsatte til andet regi fremgår, at såfremt sygeplejersken vurderer, at en indsat er lidende eller åbenlys psykotisk, skal sygeplejersken øjeblikkeligt indkalde den ansvarlige fængselslæge, således at den indsatte kan søges akut overført til psykiatrisk behandling uden for fængslet, hvis fængselslæ-

gen finder behov herfor. I de tilfælde, hvor sygeplejersken i forlængelse af screenings samtalen vurderede, at der var behov for psykiatrisk tilsyn, og at tilstanden ikke krævede akut intervention, var det derfor væsentligt at ændre denne praksis, således at sygeplejersken satte kryds ved 'psykotisk', og skrev en 'obs-seddel' til den vagthavende læge, som dernæst tilså den indsatte næste hverdag. På den måde blev de indsatte kategoriseret i bedre overensstemmelse med sygeplejerskens skøn, mens den almene praksiskultur for det øvrige sundhedspersonale på fængslet ikke blev ændret som følge af projektet (i undersøgelsesperioden).

Den almindeligt gældende fængselspraksis for registrering af psykisk syge betød dermed, at sygeplejerskerne i første periode af undersøgelsen var særdeles varsomme med at registrere indsatte som psykisk syge, uden at reagere på det akut, hvilket betyder, at den statistiske model ikke nødvendigvis afspejler sygeplejerskernes fulde evne til at identificere psykisk sygdom blandt indsatte.

### 7.2.3 Bias

#### **Recall bias**

"Recall bias" ved retrospektive spørgsmål kan være et betydeligt problem, såfremt de personer, der indgår i projektet, skal beskrive f.eks. opvækstforhold, sociale forhold, psykiske problemer mv. tidligere i livet.

Spørgsmålene i screeningsinstrumentet omfattede forskellige tidsrum. Nogle spørgsmål vedrørte al fortid, fx om de indsatte nogensinde havde oplevet syns- eller hørelseshallucinationer, mens andre spørgsmål vedrørte de sidste 30 dage inden indsættelse eller nutiden (jf. screeningsinstrumentet, bilag 4 og 5). Det må derfor formodes, at der ved nogle spørgsmål har været et vist omfang af 'recall bias', idet der dels vil være et 'almindeligt' hukommelsestab forbundet med tidsaspektet, dels vil være et 'populationsafledt' hukommelsestab som følge af, at store dele af undersøgelsespopulationen har et alkohol- eller stofmisbrug, som påvirker hukommelsen. Problemet går igen ved psykiaternes udredning, hvor de indsattes egen udlægning af pågældendes livsforløb anvendes. Dette forhold gjorde sig fx gældende i forbindelse med udredningen af ADHD, hvor indsattes hukommelse om eget livsforløb spillede en central rolle for vurderingen af, om der forelå ADHD-symptomer allerede i barndommen. Forældrenes bidrag til at opveje eventuelle 'recall bias' var derfor særlig essentiel i forbindelse med at stille denne diagnose. Det bemærkes i den forbindelse, at de indsatte kan have under- eller overrapporteret forskellige oplysninger som følge af, at hændelsen har fundet sted for længe siden. Det antages dog, at der ikke har været en systematisk under- eller overrapportering, ligesom 'recall bias' næppe har spillet nogen rolle for psykosediagnosen.

## Øvrig bias

Fængselspopulationen er generelt international og heterogen. Beslutningen om at ekskludere indsatte uden dansk CPR-nummer fra undersøgelsen vil derfor alt andet lige have begrænset repræsentativiteten af undersøgelsens resultater. Det har dog været en nødvendig afvejning for på bedst mulig vis at undgå informationsbias og støj fra upræcise formuleringer og svært forståelige svar.

### 7.2.4. Blinding

For at sikre, at psykiaternes vurdering af indsatte ikke blev påvirket af sygeplejerskernes screeninger, blev det besluttet, at psykiaterne ikke måtte læse sygeplejerskernes screeningsvurderinger inden psykiateren havde foretaget sine egne indberetninger for den pågældende indsatte. Denne beslutning var i fuld overensstemmelse med de almene forskningsregler og de faglige interesser i projektet.

## 7.3. Validitet

### 7.3.1. Indholdsvaliditet

Indholdsvaliditet vedrører, om spørgsmålene i et spørgeskema indeholder alle de relevante emner, der er til stede indenfor det valgte undersøgelsesområde (Fayers & Machin, 2007). I forhold til screeningsprojektet har det været væsentligt, at alle de forhold, der kan have betydning for psykisk sygdom, kom til udtryk i screeningsinstrumentet for at sikre en høj indholdsvaliditet. En anden vigtig faktor er, at undersøgelsens formål er afspejlet i de variable, der er valgt som relevante, og at spørgsmålene i spørgeskemaet afdækker disse forhold. Derved opnås en sammenhæng mellem den viden, man ønsker at få, og den viden, man spørger om via spørgeskemaet.

For at sikre indholdsvaliditeten i screeningsprojektet var det i forbindelse med udarbejdelsen af screeningsprojektets design væsentligt, at undersøgelsens formål og variabeliste blev gennemarbejdet af projektets psykiatere på baggrund af litteraturstudier (jf. kapitel 3.1 og bilag 3). Idet undersøgelsen har haft flere formål, har det ikke været muligt at afdække alle de ønskede formål fuldt ud, da det ville munde ud i et særdeles langt spørgeskema, som ville være umuligt at anvende i praksis. I stedet har der været foretaget en afvejning af, hvilke af formålene, der skulle sættes fokus på. Tegn på psykisk sygdom er det område, der blev forsøgt afdækket fuldt ud i spørgeskemaet, hvorimod indholdsvaliditeten for misbrug og ADHD ikke er fuldt ud afdækket.

### 7.3.2. Begrebs- og kriterievaliditet

Begrebsvaliditet omhandler en vurdering af, hvorvidt og hvor godt spørgeskemaet måler de begre-

ber, som spørgeskemaet er udformet til at måle (Fayers & Machin, 2007). Begrebsvaliditet er i forbindelse med screeningsprojektet med andre ord en vurdering af i hvor høj grad, der kan drages konklusioner om forskellige faktorerens betydning for, hvorvidt indsatte er psykisk syge ud fra de spørgsmål, der er operationaliseret i screeningsinstrumentet. Ved kriterievaliditet vurderes derimod, hvor godt det empiriske materiale stemmer overens med ydre kriterier (Fayers & Machin, 2007). For at se, hvor god kriterievaliditet screeningsprojektet har, er resultaterne fra sygeplejerskernes screening blevet sammenlignet med psykiaternes stillede diagnose, som en 'golden standard'. Altså, om screeningsinstrumentet kan anvendes til at forbedre sygeplejerskernes identifikation af indsatte med psykisk sygdom.

#### **7.4. Reliabilitet**

Reliabilitet er et udtryk for, om der er konsistens mellem det, der måles. Ved screeningsundersøgelser opnås reliabilitet, når screeningsinstrumentet giver reproducerbare og konsistente resultater (Fayers & Machin, 2007). Reliabilitet har altså to betydninger, når det anvendes ved screeningstests. Den ene er stabilitet over tid, som måles ved test-retest, og den anden betydning er intern konsistens.

I nærværende screeningsprojekt er der af praktiske, økonomiske og etiske grunde hverken foretaget test-retest af sygeplejerskernes screening eller psykiaternes diagnostiske udredning. Det er derfor ikke muligt at afgøre, om de indsatte ville have svaret anderledes på screeningsinstrumentet, hvis de var blevet interviewet af sygeplejerskerne igen efter fx 30 dage eller var blevet interviewet af en anden sygeplejerske, en fængselsbetjent eller en psykiater. På samme vis er de indsatte ikke blevet psykiatrisk udredt af to forskellige psykiatere, ligesom der ikke har fundet en egentlig samrøring sted.

Undersøgelsens resultater ligger imidlertid så meget i forlængelse af tidligere danske og internationale studier af sammenlignelige undersøgelsespopulationer, at der er god grund til at mene, at undersøgelsens resultater er pålidelige og reproducerbare.

## 8. Konklusion - samlede resultater

Som en del af satspuljeaftalen på sundhedsområdet for 2008-2011 blev Kriminalforsorgen bevilliget midler til et flerårigt screeningsprojekt for psykisk sygdom (sindssygdom) blandt varetægtsarrestanter.

Formålet med projektet var at afprøve, hvorvidt der kunne udarbejdes et screeningsredskab til brug for Kriminalforsorgens sygeplejersker, som systematisk kunne understøtte tidlig identifikation af tegn på psykisk sygdom og behov for psykiatrisk tilsyn blandt varetægtsfængslede, herunder at afgøre, om screeningsredskabet burde udbredes til samtlige arresthuse.

Med afsæt i tidligere danske og internationale screeningsundersøgelser blandt fangepopulationer udarbejdede Kriminalforsorgen i samarbejde med to psykiatere et screeningsredskab, der bestod af mere end 60 udvalgte spørgsmål. Screeningsredskabet blev dernæst anvendt og udfyldt af sygeplejerskerne under deres screeningsinterviews med indsatte, hvorefter sygeplejerskerne skulle afgøre, hvorvidt der forelå psykisk sygdom (sindssyge) hos den indsatte. Den indsatte blev dernæst, uanset og uafhængigt af sygeplejerskernes vurdering, psykiatrisk udredt af en psykiater. Herefter kunne sygeplejerskernes vurderinger og psykiaternes udredninger sammenholdes, hvorved det var muligt at afgøre, om sygeplejerskernes screeningsresultater var i overensstemmelse med psykiaternes diagnosticeringer. 'Screeningsprojektet for psykisk sygdom' er på den vis det første projekt af sin art i dansk fængselskontekst.

Projektet blev iværksat i Arresthuset i Odense, Arresthuset i Århus og på Københavns Fængsler, Vestre Fængsel i efteråret 2009. Projektet blev imidlertid stoppet i Arresthuset i Odense og Arresthuset i Århus i løbet af det første år på grund af for lav inklusion af indsatte. Herefter blev projektet opnormeret og gennemført på Vestre Fængsel frem til den 31. marts 2012. Denne rapport bygger udelukkende på de data, der er indsamlet på Vestre Fængsel.

I projektperioden blev i alt 1.857 varetægtsarrestanter forsøgt inkluderet i projektet på Vestre Fængsel, hvoraf 916 gennemførte sygeplejerskernes screeningsinterview, og 672 derefter ligeledes gennemførte udredningen ved projektets psykiatere. Mere end halvdelen af de adspurgte varetægtsarrestanter ønskede med andre ord ikke at deltage i undersøgelsen eller var blevet løsladt eller overført til anden institution indenfor de 72 timer, hvor screeningssamtalen fandt sted. Det samme mønster gjorde sig gældende for mere end hver fjerde af de indsatte, der gennemførte screeningssamtalen,

men ikke fik tilendebragt den fulde psykiatriske udredning. Det kan på den baggrund konkluderes, at det er særdeles svært at screene alle (eller blot de fleste) af de varetægtsfængslede, såfremt screeningsprocedurerne gennemføres på frivillig basis.

Blandt de 672 varetægtsarrestanter, der indgår i undersøgelsen, er 59 indsatte (9 pct.) raske, dvs. de har gennemført den psykiatriske udredning uden at blive diagnosticeret med en psykisk sygdom eller en anden psykiatrisk lidelse, mens 54 indsatte (8 pct.) er diagnosticeret med en psykisk sygdom (sindssygdom) og 559 indsatte (83 pct.) er diagnosticeret med andre psykiatriske lidelser (fx affektive sindslidelser og nervøse og stress-relaterede tilstande). Andelen af indsatte med psykiske sygdomme og andre psykiatriske lidelser er med andre ord særdeles stor (91 pct.). Det bemærkes i denne sammenhæng, at 41 pct. af de stillede diagnoser er misbrugsdiagnoser (F10-19), som fx psykiske lidelser eller forstyrrelser forårsaget af brug af cannabinoider, hvilket falder i tråd med tidligere undersøgelser af indsatte i Kriminalforsorgens institutioner.

Undersøgelsen viser desuden, at det er særdeles vanskeligt at udarbejde et pålideligt screeningsinstrument, som systematisk sætter sygeplejerskerne i stand til at identificere samtlige nyindsatte varetægtsarrestanter med en psykisk sygdom (sindssyge). Det fastslås i undersøgelsen, at sygeplejerskerne i overvejende grad (83 pct.) identificerer tegn på behov for psykiatrisk tilsyn blandt de indsatte med psykiske sygdomme (sindssyge), men også at sygeplejerskerne ofte undlader at agere akut på mistanke om psykisk sygdom hos indsatte (19 pct.) (jf. kapitel 5.2.2 om sensitivitet og specificitet og 5.3.4 om falske positive og falske negative).

Samtidig viser de statistiske analyser, at resultaterne af screeningen forbedres, såfremt screeningsinterviewet *ikke* foretages på indsættelsesdagen. Derudover kan det konkluderes, at spørgsmålene om, hvorvidt indsatte har haft syns- eller hørelshallucinationer, aktuelt har tanker om selvmord, tidligere har været indlagt på en psykiatrisk afdeling og tidligere er diagnosticeret med skizofreni, bør anvendes sammen med sygeplejerskernes sygeplejefaglige skøn og oplysninger om indsattes højeste opnåede uddannelse, såfremt der skal indføres obligatoriske opmærksomhedsspørgsmål i Kriminalforsorgens institutioner.

I forhold til screening og udredning af ADHD fastslår undersøgelsen, at det er meningsløst at screene nyindsatte varetægtsfængslede for ADHD, fordi samtlige indsatte udviser ADHD-symptomer på indsættelsestidspunktet - uanset om de lider af ADHD eller ej. Det samme gør sig gældende for mange af de øvrige psykiatriske lidelser, som kræver en speciallægeuddannelse at identificere kor-

rekt. For så vidt angår den psykiatriske udredning af ADHD, viser undersøgelsen, at udredningen er særdeles vanskelig og ofte meget langstrakt. For at kunne stille diagnosen ADHD kræves, at der er indhentet oplysninger om indsattes skolegang, tidlige barndomsår mv. ved bl.a. forældre/værge, folkeskole og kommunen, hvilket er meget tids- og ressourcekrævende. Det betyder i praksis, at langt størstedelen af de varetægtsfængslede unge er løsladt eller overført til anden institution, inden oplysningerne foreligger hos psykiateren.

Derudover fastslår undersøgelsens afsnit om varetægtsarrestanternes sociale forhold og symptomer på psykisk sygdom, at gruppen af undersøgte indsatte primært udgøres af unge, ugifte mænd med dansk statsborgerskab uden uddannelse eller arbejdsmarkedstilknytning, som udviser massive symptomer på psykiske lidelser, herunder både suicidal adfærd, søvnbesvær, tankeforstyrrelser, syns- og hørelsesshallucinationer og ADHD-symptomer, uanset om de diagnosticeret med psykisk sygdom eller ej. Desuden har undersøgelsespopulationen i vidt omfang været i kontakt med det psykiatriske behandlingssystem og/eller psykolog forud for indsættelsen, herunder været henvist, behandlet og/eller indlagt for psykologiske/psykiatriske problemstillinger, været behandlet med nervemedicin eller endog tidligere blevet diagnosticeret med skizofreni. Der tegner sig med andre ord et billede af, at store dele af den undersøgte gruppe af varetægtsarrestanter udgøres af socialt marginaliserede individer med svære sociale, socioøkonomiske og psykiske problemstillinger, hvilket ydermere i særlig grad er gældende for ungepopulationen, for gruppen af indsatte med dobbelt-diagnoser og for indsatte med oprindelse i andre lande end Danmark. Det er i denne sammenhæng væsentligt at bemærke, at gruppen af indsatte, der er blevet diagnosticeret med psykisk sygdom, er mere belastede end de øvrige indsatte på stort set alle parametre. Det skal i denne sammenhæng understreges, at den undersøgte varetægtspopulation ikke er fuldstændig repræsentativ for de indsatte i Københavns Fængsler eller for indsatte i andre fængsler eller arresthuse. Tværtimod kan der fx argumenteres for, at der er forskel mellem indsattes sociale og psykiske forhold i byen og på landet, herunder at der kan være flere indsatte med psykisk sygdom i Københavns Fængsler end i de øvrige arresthuse, fordi det er velkendt, at psykotiske personer ofte søger til storbyerne.

Opsummerende kan det således konkluderes, at den undersøgte varetægtspopulation som helhed og de psykisk syge i særdeleshed har mange komplekse og sammenfaldende problemstillinger, som ikke blot relaterer sig til psykisk sygdom eller anden psykiatrisk lidelse, men også til et socialt marginaliseringsproblem. Problemstillinger, som dels kræver behandlingstilbud, der ikke er til stede (i

nødvendigt omfang) i Kriminalforsorgens institutioner i dag, som fx psykologisk/terapeutisk behandling for milde til svære angsttilstande, depressioner mv., dels påpeger, at det er nødvendigt at sætte ind på mange forskellige fronter, såfremt disse mennesker skal bringes sikkert videre til et liv uden kriminalitet. Derudover fastslår undersøgelsen, at screening for psykisk sygdom er en svær opgave, og at en eventuel indførelse af opmærksomhedsspørgsmål ved indsættelsessamtalen og/eller nykomsttilsynet i de kommende modtagelsesafsnit i Kriminalforsorgens institutioner vil være et bidrag til at løfte den almene sundhedsbetjening i Kriminalforsorgen - ikke mindst i forhold til tidlig identificering og overførelse af (flere/størstedelen af de) indsatte med psykiske sygdomme til behandling, som i dag sidder ubemærket hen.



## 9. anbefalinger

Screeningsprojektet fastslår, at 8 pct. af de varetægtsfængslede, der deltog i projektet, er psykisk syge indsatte, som *ikke* er blevet identificeret af den almene sundhedsbetjening på Vestre Fængsel. Derudover viser undersøgelsen, at langt størstedelen af de øvrige varetægtsfængslede har andre psykiatriske lidelser. Uanset om undersøgelsespopulationen er repræsentativ for den generelle varetægtspopulation i arresthusene eller ej, bør der i de nuværende sundhedsordninger være særlig opmærksomhed på det psykiske helbred blandt indsatte. I det følgende præsenteres de anbefalinger, som screeningsundersøgelsen giver anledning til.

### Afdækning af tidligere særforanstaltningsdomme

'Screeningsprojektet for psykisk sygdom' fastslår, at mange indsatte har været i kontakt med det psykiatriske system forud for indsættelsen, og at det er særligt gældende for indsatte med psykisk sygdom. Ved samtlige nyindsættelser bør den alment gældende praksis dermed i fremtiden være, at det ved indsættelsen afdækkes, om den indsatte tidligere er idømt en psykiatrisk særforanstaltningsdom, straffelovens §§68-69. Såfremt den nyindsatte tidligere er idømt en særforanstaltningsdom, bør det overvejes om pågældende skal undersøges af en psykiater for psykisk sygdom snarest muligt. På nuværende tidspunkt afdækkes oplysningen om indsattes eventuelle tidligere særforanstaltningsdomme ikke systematisk ved indsættelsen.

På den baggrund anbefales det, at procedurerne vedrørende afdækning af om indsatte eventuelt tidligere er idømt en særforanstaltningsdom, straffelovens §§ 68/69, indtænkes i de kommende modtagelsesafsnit i Kriminalforsorgens institutioner, således at denne persongruppe identificeres så tidligt som muligt.

### Indførelse af obligatoriske spørgsmål ved nyindsættelser

'Screeningsprojektet for psykisk sygdom' har ikke tilvejebragt et screeningsinstrument, som med sikkerhed kan hjælpe sygeplejerskerne til at identificere psykisk sygdom korrekt. Analyserne viser, at det udarbejdede screeningsinstrumentet kun har en hit-rate på 40 pct. Det udarbejdede screeningsinstrument kan derfor *ikke* anbefales udbredt til alle institutioner i Kriminalforsorgen. Der er imidlertid ingen tvivl om, at indførelse af opmærksomhedsspørgsmål ved indsættelses- og/eller nykomstsamtalerne i Kriminalforsorgens institutioner kan medvirke til at skabe et forstærket fokus på at identificere de indsatte, der har behov for udredning af psykisk sygdom. På den baggrund anbefa-

les, at de syv spørgsmål fra analysernes slutmodel så vidt muligt indføres som obligatoriske spørgsmål og opmærksomhedspunkter i de almindelig gældende procedurer for samtalerne mellem sygeplejerskerne og den enkelte indsatte ved indsættelsen.

Dette initiativ skal dermed i sammenhæng med afdækningen af tidligere foranstaltningsdomme (ovenfor) udgøre den fremtidige 'screening' af nyindsatte. En relativ omkostningsfri løsningsmodel, der ikke nødvendigvis vil identificere førstegangssindsatte med psykisk sygdom, som ikke tidligere har været i kontakt med det psykiatriske system, men dog en løsningsmodel, som alligevel forventes at bidrage til at løfte den sundhedsfaglige indsats i Kriminalforsorgens institutioner.

### **Merudgifter ved indførelse og udbredelse af obligatoriske spørgsmål**

Indførelse af obligatoriske spørgsmål stillet af fængselssygeplejersker ved nyindsættelse af indsatte i Kriminalforsorgens institutioner vil udgøre en økonomisk merudgift, da ordningen vil indebære, at der skal tilknyttes flere sygeplejersker og psykiatere til Kriminalforsorgens institutioner, ligesom spørgsmålene må forventes at tilføre Kriminalforsorgen en øget medicinudgift som følge af identificeringen af sygdomme, som kræver medicinering. Det anbefales, at Kriminalforsorgen i lyset af de kommende strukturændringer i Kriminalforsorgen overvejer, hvordan denne opgave kan løftes hensigtsmæssigt indenfor Kriminalforsorgens eksisterende sundhedsbetjening. Dette gælder ikke mindst for så vidt angår de arresthuse, som ikke har ansat sygeplejersker i dag.

### **Undervisning/kultur**

Et screeningsinstrument besidder ikke *i sig selv* evnen til at identificere varetægtsarrestanter med behov for udredning af psykisk sygdom. Derimod har sygeplejerskens anvendelse af screeningsinstrumentet betydning for, om indsatte identificeres korrekt, ligesom integrationen af instrumentet i den tilstedeværende praksis skal fungere. I den sammenhæng er oplæring, efteruddannelse og faglig udvikling af sygeplejerskerne helt afgørende for screeningsprocessens effektivitet.

Selvom en screeningsordning ikke anbefales indført i Kriminalforsorgens institutioner, anbefales det at undervise sygeplejerskerne i symptomer på psykisk sygdom og alvorlige psykiske lidelser samt i det komplicerede samspil, der er mellem kriminalitet, misbrug og psykisk sygdom blandt indsatte. Det anbefales desuden, at der på det enkelte tjenestested løbende etableres samarbejds møder mellem de tilknyttede psykiatere, fængselslæger og sygeplejersker for at sikre effektiv sparring, et tværfagligt samarbejde og faglig udvikling for de implicerede faggrupper. Endelig anbefales, at der udarbejdes et skriftligt informationsmateriale til samtlige sygeplejersker i Kriminalforsorgens

institutioner, som indeholder klare retningslinjer for, hvad psykisk sygdom er, og hvilke symptomer, der skal være særlig opmærksomhed på. Formålet med dette skriftlige materiale er, at der er fagligt materiale tilgængeligt ved tvivlsspørgsmål.

### **Screening og udredning for psykisk sygdom blandt afsonere**

Undersøgelsen fastslår, at varetægtsarrestanterne generelt har mange komplekse og sammenfaldende problemstillinger, hvilket også gør sig gældende, når de overgår fra varetægtssituationen til afsoning. Det anbefales derfor, at indførelsen af opmærksomhedsspørgsmålene og afdækning af tidligere særforanstaltningsdomme omfatter såvel varetægtsarrestanter som afsonere. Dette skyldes ikke mindst, at varetægtsarrestanterne ofte udviser markante stress- og tilpasningsreaktioner i og omkring indsættelsestidspunktet, som kan kompromittere en screenings- og udredningsproces tæt på indsættelsestidspunktet. Desuden er varetægtsperioden ofte karakteriseret ved flere overførsler mellem forskellige institutioner, advokatbesøg, retsmøder mv., som begrænser indsattes mulighed for tilstedeværelse med psykiater og dermed besværliggør udredning. Flere af disse forhold vil fortsat være til stede under afsoningen, men dog i et væsentlig mindre omfang.

### **Anbefalinger vedr. udredning af ADHD i fængselspopulationer**

ADHD blev indlemmet i projektet for at tilvejebringe viden om forekomsten af ADHD blandt varetægtsarrestanter og for at undersøge, om et screeningsinstrument til voksne med ADHD kunne anvendes i projektets screeningsinstrument. Det kan på baggrund af nærværende screeningsprojekt konkluderes, at ADHD-problematikken *er* aktuel i varetægtspopulationen, men også at det *ikke* kan anbefales at screene indsatte for ADHD i varetægtssituationen grundet samspillet mellem symptomer på misbrug, tilpasningsreaktioner og ADHD (Som angivet i kapitel 5.1.7 er der flere problemer forbundet med udredningen af ADHD i en varetægtspopulation).

Det anbefales derfor, at fremtidige undersøgelser om prævalensen af ADHD, behandlingsmuligheder og/eller effekt af ADHD-behandling i fængselspopulationer foretages blandt afsonere, hvor en mere kontinuerlig udredning kan finde sted. Herved øges muligheden endvidere for at opnå forældreinddragelse og for at følge den indsatte over tid, hvilket vil skabe basis for at skelne mellem misbrugssymptomer, tilpasningsreaktioner og ADHD-symptomer.

### Udvidelse af ungescreeningen til at omfatte flere unge indsatte

Der er i Kriminalforsorgens flerårsaftale for 2013-2016 afsat midler til at ansætte psykiatere i arrestsektoren. Der er endvidere på baggrund af satspuljeaftalen for 2010-2013 iværksat nye retningslinjer for screening og udredning af unge indsatte under 18 år for psykiatriske problemstillinger. Som følge af screeningsundersøgelsen anbefales retningslinjerne for ungescreeningen udvidet, således at de ligeledes omfatter øvrige unge indsatte, i det omfang det vil kunne iværksættes indenfor den eksisterende økonomiske ramme.

### Dobbeltdiagnoser

Screeningsundersøgelsen påpeger, at 60 pct. af varetægtspopulationen har et alkohol- og/eller stofmisbrug, og at andelen af misbrugere, der samtidig har en psykisk sygdom/lidelse, er 40 pct.

Disse fund falder i tråd med flere undersøgelser af samme problematik i den generelle danske befolkning, som påpeger, at 50 pct. af de personer, der har et misbrug, samtidig har mindst en psykiatrisk diagnose, ligesom 50 pct. af de personer, der har en psykisk forstyrrelse, samtidigt har et misbrug (Thylstrup, 2007). Samtidig viser flere undersøgelser, at mennesker med dobbeltdiagnoser generelt har en dårligere prognose end mennesker, der enten har et misbrug eller en psykisk sygdom/lidelse, da problemerne synes at forstærke hinanden.

I psykiatriaftalen for 2003-2006 er der øget fokus på dobbeltdiagnoser. Det anbefales heri, at det primære ansvar for behandlingen placeres under det psykiatriske behandlingssystem, da de personer, der har en dobbeltdiagnose, ofte har komplekse sociale, psykiske og fysiske problemer, og dermed ofte er svære at behandle i de eksisterende behandlingstilbud. For denne persongruppe er det særligt vigtigt, at samarbejdet mellem de forskellige behandlere er smidigt og fungerer godt, således at der kan sammensættes en individuel og effektiv behandling, der både varetager misbruget og den psykiske lidelse, og som samtidigt formår at sammensætte og tilbyde individuelle tværgående løsninger (Lauridsen, Kronbak, & Lundsberg, 2010).

Det anbefales på den baggrund, at Kriminalforsorgen fortsat i videst muligt omfang søger indsatte med dobbeltdiagnoser overført til det psykiatriske behandlingssystem, og at det samtidig løbende sikres, at der i Kriminalforsorgens misbrugsbehandling er viden om psykisk sygdom/lidelser og adgang til psykiatrisk bistand. Det bør endvidere løbende overvejes, hvordan misbrugsbehandlerne kan opkvalificeres til at identificere misbrugere med psykisk sygdom/lidelse, så de hurtigst muligt kan søges overført til en psykiatrisk afdeling. Derudover anbefales det endvidere, at der

etableres behandlingstilbud, som integrerer såvel behandling for misbruget som behandling for den psykiske sygdom/lidelse. I denne behandling bør indgå diagnosticerings- og behandlingskompetence inden for både psykiatri og misbrug, ligesom behandlingen skal være tilpasset de indsatte problemer og funktionsniveau.

### **Indsatte med diskrete psykotiske symptomer**

Kriminalforsorgen skal sikre den indsatte lægehjælp, som dels imødekommer den enkeltes behandlingsbehov, dels imødekommer hensynet til Kriminalforsorgens ordens- og sikkerhedsregler samt sundhedslovgivningens krav herom, men Kriminalforsorgen skal ikke opbygge et parallelt behandlingssystem 'inden for murene'. Behandling af indsatte med psykisk sygdom skal med andre ord varetages af det almindelige psykiatriske behandlingssystem, som kan imødekomme den enkeltes behandlingsbehov i et omfang, som Kriminalforsorgen ikke kan tilbyde.

Erfaringerne fra dette screeningsprojekt har bl.a. været, at det kan være svært at finde plads på de psykiatriske afdelinger til de indsatte, der ikke er åbenlyst psykotiske, men som har behov for behandling. Idet de mest psykotiske og behandlingskrævende beslaglægger det antal sengepladser, der er, skabes et tomrum for de indsatte, som fx er grænsepsykotiske, og som dermed er for raske til at være på en psykiatrisk afdeling, men for syge til at være indsat i et fængsel/arresthus. Det skal i den sammenhæng bemærkes, at det naturligvis er problematisk at screene varetægtsfængslede for psykisk sygdom uden at kunne tilbyde et relevant behandlingstilbud til de, der findes syge.

I screeningsprojektet har denne problematik bl.a. vist sig ved, at nogle af de indsatte, som blev henvist til en psykiatrisk afdeling, er blevet tilbageført til Vestre Fængsel efter meget kort ophold på behandlingsinstitutionen, hvilket potentielt kan have skadet den indsatte prognose. I visse tilfælde kan tilbageførelsen skyldes, at de psykotiske symptomer er forsvundet, fx hvor der har været tale om en misbrugsudløst eller anden forbigående psykose, men tilbageførelsen kan også være iværksat som følge af krav om, at indsatte, der søges overført, skal have tydelige symptomer på at være åbenlyst psykotiske på grund af mangel på sengepladser på de psykiatriske afdelinger. Som følge heraf stilles der høje krav til sværhedsgraden af psykisk sygdom, før det medfører overflytning til psykiatrisk behandling. Da sindssygdom samtidig er svært at fastslå, får den individuelle psykiaters skøn afgørende betydning i forhold til, hvorvidt indsatte skønnes psykisk syge eller ej og dermed bør eller ikke bør have ophold i Kriminalforsorgens institutioner.

En tilsvarende, om end ikke helt så alvorlig, problemstilling gør sig gældende for de indsatte, der ikke er så syge, at de kan overflyttes til en psykiatrisk behandlingsafdeling i normalregi, men som stadig udviser (markante) behandlingsbehov, fx indsatte med ADHD, depressioner og angst. Disse indsatte kan modtage medicinsk behandling i Kriminalforsorgens institutioner på linje med den behandling, de kan opnå os deres egen almenpraktiserende læge, men ingen psykologiske/terapeutiske behandlingstilbud.

Det anbefales på den baggrund, at Kriminalforsorgen i den kommende årrække fortsat arbejder målrettet på at optimere samarbejdet med regionerne i forhold til indsatte med psykisk sygdomme og andre alvorlige psykiatriske lidelser.

## 10. Litteraturliste

- Agerbo, E., Byrne, M., Eaton, W., & Mortensen, P. (2004). Marital Labour Market Status in the Long Run in Skizophrenia. *Arch.Gen.Psychiatry*, 61 28-33.
- Alexander, M. J., Haugland, G., Lin, S. P., Bertollo, D. N., & McCorry, F. A. (2008). Mental Health Screening in Addiction, Corrections and Social Service Settings: Validating the MMS. *Int.J.Mental Health Addiction*, 6 105-119.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (4th ed.) Washington.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (4th ed.) Arlington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (4th ed.) Arlington: American Psychiatric Association.
- Andersen, H. S., Lillebaek, T., & Sestoft, D. (1994). *Isolationsundersøgelsen. Varetagtsfængsling og psykisk helbred* København: Schultz Grafisk A/S.
- Andersen, H. S., Sestoft, D., Lillebaek, T., Gabrielsen, G., & Kramp, P. (1996). Prevalence of ICD-10 psychiatric morbidity in random samples of prisoners on remand. *Int.J.Law Psychiatry*, 19(1), 61-74.
- Arendt, M., Rosenberg, R., Foldager, L., Perto, G., & Munk-Jørgensen, P. (2005). Cannabis-induces psychosis and subsequent schizophrenia-spectrum disorders: follow-up study of 535 incident cases. *British Journal of Psychiatry* 187, 510-515.
- Balvig, F. & Højgård, C. (1988). *Kriminalitet og straf i tal og tekst*. København: Borgens Forlag.
- Barkley, R. A., Murphy, K. R., & Fischer, M. (2008). *ADHD in Adults: What the Science Says*. New York: The Guildford Press.
- Bech, P. (2011). *Klinisk Psykometri*. København: Munksgaard Danmark.
- Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab i Danmark (2008). *Referenceprogram for udredning og behandling af børn og unge med ADHD* Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab i Danmark.
- Boyum, D. A. & Kleiman, M. A. R. (2001). Substance abuse policy from a crime control perspective. In Wilson & Petersilia (Eds.), *Crime: Public Policies for Crime Control* (pp. 1-65). Oakland, CA: ICS Press.
- Brandt-Christensen, M. & Bertelsen, A. (2010). Sindssygdomsbegrebet i straffelov og psykiatrilov. *Ugeskrift for læger*, 172(17), 1274-1276.
- Brooke, D., Taylor, C., Gunn, J., & Maden, A. (1996). Point prevalence of mental disorder in unconvicted male prisoners in England and Wales. *BMJ*, 313(7071), 1524-1527.
- Carrol, J. F. X. & McGinley, J. J. (2001). A Screening Form for Identifying Mental Health Problems in Alcohol/Other Drug Dependent Persons. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 19(4), 33-47.

- Center for Selvmordsforskning. (2001). Nyhedsbrev om selvmordsforebyggelse. Selvmordsforskning .dk . 6-6-2013. Ref Type: Online Source
- Dahl, K. M. (2005). *Etniske minoriteter i tal* København: SFI.
- Dalsgaard, S. (2002). *Long-term psychiatric and criminality outcome of children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*. Faculty of Health Sciences, University of Aarhus, Denmark.
- Danmarks Statistik (2011). *Kriminalitet 2010* København: Rosendahls-Schultz Grafisk.
- Danmarks Statistik. (2012a). *Befolkning og befolkningsfremskrivelse*. Danmarks Statistik. Ref Type: Online Source
- Danmarks Statistik (2012b). *Statistisk Tiårsoversigt 2012. tema: Digitalisering af hverdagen*. København: Rosendahls-Schultz Grafisk.
- Danske Regioner (2011). *Benchmarking af psykiatrien* (Rep. No. 10/424). Danske Regioner.
- Degenhardt, L., Hall, W., Korten, A., & Jablensky, A. (2005). *Use of a brief screening instrument for psychosis: results of an ROC analysis* (Rep. No. 210). Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre.
- Direktoratet for Kriminalforsorgen (2000). *Placering af indsatte (Nordskovudvalget)* København: Direktoratet for Kriminalforsorgen.
- Direktoratet for Kriminalforsorgen (2013). *Klientundersøgelsen 2011* København: Direktoratet for Kriminalforsorgen.
- Fayers, P. M. & Machin, D. (2007). *Quality of Life. The assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes*. (Second edition ed.) West Sussex: Wiley.
- Fazel, S. & Danesh, J. (2002). Serious Mental Disorder in 23.000 Prisoners: A systematic Review of 62 Surveys. *The Lancet*,(359), 545-550.
- Finansministeriet (2008). *Aftaler om Finansloven for 2008* København K: Finansministeriet.
- Ford, J. D., Trestman, R. L., Wiesbrock, V., & Wanli, Z. (2007). Development and validation of a brief mental health screening instrument for newly incarcerated adults. *Assessment*, 14(3), 279-299.
- Ginsberg, Y., Hirvikoski, T., & Lindfors, N. (2010). Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) among longer-term prison inmates is a prevalent, persistent and disabling disorder. *BMC.Psychiatry*, 10 112.
- Gosden, N. P. (2004). *Mental disorder and Violence Among Young Criminals. A Clinical- and Registerbased Study*. Københavns Universitet, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet.
- Gosden, N. P., Kramp, P., Gabrielsen, G., & Sestoft, D. (2003). Prevalence of mental disorders among 15-17-year-old male adolescent remand prisoners in Denmark. *Acta Psychiatr.Scand.*, 107(2), 102-110.
- Greve, J., Clausen, J., Esbjen, F., & Nielsen, L. H. (2012). *Et liv i periferien. Levevilkår og samfundsdeltagelse blandt danskere med svære sindsslidelser*. Rockwool Fondens Forskningsenhed, Syddansk Universitetsforlag.



- Gunter, T. D., Arndt, S., Wenman, G., Allen, J., Loveless, P., Sieleni, B. et al. (2008). Frequency of mental and addictive disorders among 320 men and women entering the Iowa prison system: use of the MINI-Plus. *J.Am.Acad.Psychiatry Law*, 36(1), 27-34.
- Hart, S. D., Roesch, R., Corrado, R. R., & Cox, D. N. (1993). The Referral Decision Scale: A Validation Study. *Law and Human Behavior*, 17(6), 611-623.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2006). *Psykisk sygdom og kriminalitet* København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- Ivanouw, J. & Simonsen, E. (2010). De psykiatriske assesmentmetoder og den psykologiske undersøgelse. In E.Simonsen & B. Møhl (Eds.), *Grundbog i Psykiatri* (pp. 173-188). København K: Hans Reitzels Forlag.
- Justitsministeriet (2006). *Bekendtgørelse af straffeloven. Justitsministeriets lovbekendtgørelse nr. 1000 af 5. oktober 2006*. København: Rosendahls-Schultz Grafisk.
- Justitsministeriet (2008). *Fuldbyrdelse af straf m.v. op ophold i varetægt 2008* København: Rosendahls-Schultz Grafisk.
- Justitsministeriet (2011). *Bekendtgørelse af Lov om rettens pleje. Justitsministeriets lovbekendtgørelse nr. 1063 af 17. november 2011* København: Rosendahls-Schultz Grafisk.
- Justitsministeriet (2012). *Lov om ændring af straffeloven, retsplejeloven, lov om erstatning fra staten til ofre for forbrydelser og færdselsloven (Forhøjelse af den kriminelle lavalder)* København: Justitsministeriet.
- Kessler, R. C., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E. et al. (2005a). The World Health Organization adult ADHD self-report scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychological Medicine*, 35 245-256.
- Kessler, R. C., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E. et al. (2005b). The World Health Organization adult ADHD self-report scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychological Medicine*, 35 245-256.
- Kessler, R. C., Adler, L. A., Gruber, M. J., Sarawate, C. A., Spencer, T., & Van Brunt, D. L. (2007). Validity of the World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) Screener in a representative sample of health plan members. *Int.J.Methods Psychiatr.Res.*, 16(2), 52-65.
- Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K., Normand, S. L. et al. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychol.Med.*, 32(6), 959-976.
- Koudahl, P. (2010). *Indsatte i danske fængsler. uddannelse og uddannelsesønsker*. (2. ed.) Aarhus: Aarhus Universitet.
- Kramp, P. & Gabrielsen, G. (2004). Retspsykiatriske patienter i H:S : Diagnoser, misbrug og kriminalitet. *Ugeskrift for læger*, 166(34), 2890-2894.
- Kramp, P. & Gabrielsen, G. (2009). Forensic psychiatric patients among immigrants in Denmark - Diagnoses and Criminality. *Nord.J.Psychiatry*, 63(2), 140-147.

- Kramp, P., Gabrielsen, G., Lund, A., Reventlow, A., & Sindballe, A. (2003). *Rusmiddelundersøgelsen* København.: Justitsministeriet.
- Kriminalforsorgen (2011). 'Varetægt er en straf, før man er dømt'. Den ideelle indsættelse' og 'Et kulturchok på syv kvadratmeter'. *Bladet Kriminalforsorgen*, 8, 9-22.
- Kriminalforsorgen (2012). *Statistik 2011*, Justitsministeriet København: Direktoratet for Kriminalforsorgen.
- Kriminalforsorgen.dk. (2013a). Københavns Fængsler. 5-6-2013a.Ref Type: Online Source
- Kriminalforsorgen.dk. (2013b). Kriminalforsorgens Principprogram. 5-6-2013b.Ref Type: Online Source
- Kyvsgaard, B. (1989). ... *Og fængslet ta'r de sidste. Om kriminalitet, straf og levevilkår*. København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- Kyvsgaard, B. (1998). *Den kriminelle karriere*. København: Jurist-og Økonomforbundets Forlag.
- Lauridsen, M. L., Kronbak, M., & Lundsberg, P. S. (2010). *Stofmisbrug i socialfagligt perspektiv* Odense: Servicestyrelsen.
- Mordre, M., Groholt, B., Kjelsberg, E., Sandstad, B., & Myhre, A. M. (2011). The impact of ADHD and conduct disorder in childhood on adult delinquency: A 30 years follow-up study using official crime records. *BMC.Psychiatry*, 11(57).
- Munkner, R., Haastrup, S., Joergensen, T., & Kramp, P. (2003). The temporal relationship between schizophrenia and crime. *Soc.Psychiatry Psychiatr.Epidemiol.*, 38(7), 347-353.
- Munkner, R., Haastrup, S., Joergensen, T., & Kramp, P. (2009). Registered criminality and sanctioning of schizophrenia patients. *Nord.J.Psychiatry*, 63(6), 485-492.
- Netdoktor.dk. (2012). Posttraumatisk stresslidelse (PTSD). 5-4-2013.Ref Type: Online Source
- Nordentoft, M. & Kjær, S. (2010). Skizofreni. In E.Simonsen & B. Møhl (Eds.), *Grundbog i Psykiatri* (pp. 269-311). København K: Hans Reitzels Forlar.
- Nordentoft, M., Mortensen, P. B., & Pedersen, C. B. (2011a). Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Archives of General Psychiatry*, 68(10), 1058-1064.
- Nordentoft, M., Mortensen, P. B., & Pedersen, C. B. (2011b). Absolute Risk of Suicide After First Hospital Contact in Mental Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 68(10), 1058-1064.
- Petersen, D. J., Bilenberg, N., Hoerder, K., & Gillberg, C. (2006). The population prevalence of child psychiatric disorders in Danish 8- to 9-year-old children. *Eur.Child Adolesc.Psychiatry*, 15(2), 71-78.
- Psykiatrifonden.dk. (2013). Psykiske sygdomme. 5-6-2013. Ref Type: Online Source
- Rasmussen, P. & Gillberg, C. (2000). Natural outcome of ADHD with developmental coordination disorder at age 22 years: a controlled, longitudinal, community-based study. *J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry*, 39(11), 1424-1431.

- Rosenberg, R. (2009). Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af psykoaktive stoffer. In O.Mors, P. Kragh-Sørensen, & J. Parnas (Eds.), *Klinisk Psykiatri* (3. ed., København: Munksgaard Danmark.
- Sestoft, D. (1997). *Skizofrene varetægtsfængslede. psykiatrisk anamnese, social baggrund og kriminalitet*. København: Schultz Grafisk A/S.
- Sestoft, D., Andersen, H. S., Lillebaek, T., & Gabrielsen, G. (1998). Impact of Solitary Confinement on Hospitalization Among Danish Prisoners in Custody. *International Journal of Law and Psychiatry*, 21(1), 99-108.
- Sørensen, N. Ø. (2012). *Det levede liv med sindslidelse*. København K: Rockwool Fondens Forskningsenhed.
- Spencer, T. J., Biederman, J., & Mick, E. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder: diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology. *Ambul.Pediatr.*, 7(1 Suppl), 73-81.
- Statistikbanken. (2012). KRHFUI. Statistikbanken.Ref Type: Online Source
- Steadman, H. J., Scott, J. E., Osher, F., Agnese, T. K., & Robbins, P. C. (2005). Validation of the brief jail mental health screen. *Psychiatr.Serv.*, 56(7), 816-822.
- Swartz, J. A. (2008). Using the K6 Scale to Screen for Serious Mental Illness among Criminal Justice Populations: Do Psychiatric Treatment Indicators Improve Detection Rates? *Int.J.Mental Health Addiction*, 6(1), 93-104.
- Swartz, J. A. & Lurigio, A. J. (2006). Screening for serious mental illness in populations with co-occurring substance use disorders: Performance of the K6 scale. *J.Subst.Abuse Treat.*, 31(3), 287-296.
- Teplin, L. A. & Swartz, J. (1989). Screening for Severe Mental Disorder in Jails: The development of the Referral Decision Scale. *Law and Human Behavior*, 13(1), 1-18.
- Thomsen, P. H. (2011a). Det kliniske billede. In P.H.Thomsen & D. Damm (Eds.), *Et liv i kaos om voksne med ADHD* (2nd ed., pp. 17-26). Copenhagen: Hans Reitzels Forlag.
- Thomsen, P. H. (2011b). Komorbiditet og psykiatriske differentialdiagnoser. In P.H.Thomsen & D. Damm (Eds.), *Et liv i kaos om voksne med ADHD* (2nd ed., pp. 49-54). København: Hans Reitzels Forlag.
- Thylstrup, B. (2007). Misbrug og psykisk lidelse. *Psykolog nyt*, 20.
- Tranæs, T. & Geerdsen, L. P. (2008). *Forbryderen og samfundet. Livsvilkår og uformel straf*. København: Rockwool Fondens Forskningsenhed: Gyldendal.
- White, P. & Chant, D. (2006). The psychometric properties of a psychosis screen in a correctional setting. *Int.J.Law Psychiatry*, 29(2), 137-144.
- WHO (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2009). *WHO ICD-10 Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser. Klassifikation og diagnostiske kriterier*. København: Munksgaard Danmark.
- Winkelmann, R. & Boes, S. (2006). *Analysis of Microdata*. Berlin: Springer Verlag.



## 11. Bilag

### Bilag 1: Diagnosesystemer og diagnosticeringsredskaber til psykiaternes udredning

Der er to diagnosesystemer, der er bredt anvendt indenfor psykiatrien i dag.

1. ICD-10: International Classification of Diseases, (WHO, 1993), der er 10. udgave, som benyttes i Europa, Asien og Afrika.
2. DSM-IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (American Psychiatric Association, 2000), der er 4. udgave og som hovedsagligt benyttes i USA.

#### Opbygningen af ICD-10 og DSM-IV-TR

Både ICD-10 og DSM-IV-TR er hierarkisk opbyggede, hvilket betyder, at nogle diagnoser udelukker andre. ICD-10 er opdelt i to hovedområder; en almen del, hvor diagnoserne kan stilles i alle aldre, og en børne- og ungdomspsykiatrisk del med diagnoser, der begynder eller diagnosticeres i barndommen eller opvæksten. Den almene del af ICD-10 er hierarkisk opbygget efter, hvor specifikke symptomerne er. Øverst står de organiske tilstande, som kan imitere andre lidelser længere nede i hierarkiet. Stilles en organisk diagnose, er dette hoveddiagnosen, mens andre diagnoser kan stilles som bi-diagnoser. Diagnosen 'affektiv lidelse' kan kun stilles, såfremt skizofreni er udelukket som diagnose i de tilfælde, hvor der er symptomer, som både kan høre under affektive lidelser og skizofreni.

Tankegangen med det hierarkisk opbyggede klassifikationssystem hviler på, at patienter kan inddeles i klare kategorier, fx som syg versus ikke syg eller skizofren versus ikke skizofren. I en sådan kategorisk tilgang fremstår sygdommene som nogle, der definerbare og afgrænsede fænomener. Det er dog ikke altid i overensstemmelse med virkeligheden, hvor der ofte er flydende overgange mellem det raske og det syge. Det er derfor umuligt i praksis at lave et fyldestgørende hierarki for disse sygdomskategorier, da kategorierne ofte flyder sammen. Af den årsag får patienter indimellem stillet flere diagnoser for at dække patienternes oplevede symptomer. At definere, hvilke indsatte, der har psykiske sygdomme og derfor falder ind under indsatte, som ikke bør tage ophold i Kriminalforsorgens institutioner, er således ikke en enkel opgave. I næste afsnit redegøres for, hvordan psykisk sygdom er operationaliseret i dette projekt.

## ICD-10

ICD-10 findes i flere versioner; fra de mest enkle, som anvendes af sundhedspersonale med begrænset uddannelse i udviklingslande, til de mest udbyggede forskningskriterier, som anvendes her i landet. *WHO ICD-10 Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser – Klassifikation og Diagnostiske kriterier* er oversat til dansk

Klassifikationssystemet inddeler psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser i 10 kategorier, F0 - F9, med tilhørende diagnostiske kriterier opdelt i hoved- og underpunkter. For at stille en diagnose kræves dels, at et bestemt antal kriterier er opfyldt, dels at der anvendes et fagligt skøn. Herved kan diagnoserne anvendes, selvom nogle kriterier ikke er opfyldte i alle detaljer (WHO, 1993).

### *Oversigt over ICD-10 kategorierne*

<b>ICD-10 kategorier</b>	<b>Sygdomme</b>
F00-09	Organiske (inkl. symptomatiske) psykiske lidelser
F10-19	Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller andre psykoaktive stoffer
F20-29	Skizofreni, skizotypisk sindslidelse, paranoide psykoser, akutte og forbigående psykoser samt skizoaffektive psykoser
F30-39	Affektive sindslidelser
F40-49	Nervøse og stress-relaterede tilstande samt tilstande med nervøst betingede legemlige symptomer
F50-59	Adfærdsændringer forbundne med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer
F60-89	Forstyrrelser og forandringer af personlighedsstruktur og adfærd, mental retardering og psykiske udviklingsforstyrrelser
FF90-98	Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndom eller adolescens
F99	Psykisk lidelse eller forstyrrelse, ikke på anden måde specificeret

### **ICD-10s Appendiks 1**

Den danske udgave af ICD-10 indeholder desuden et Appendix 1, der omfatter de diagnoser, hvor straffrihed, jf. § 16, stk. 1, kan komme på tale. Udgangspunktet er de psykotiske tilstande med manglende realitetsopfattelse svarende til de tidligere anerkendte kriterier i WHO ICD-8. Det er imidlertid vigtigt at slå fast, at listen i Appendix 1 hverken er fuldstændig eller entydig. Som eksempel på tilstande, der ikke er nævnt, kan nævnes induceret psykose (F24), anden ikke organisk psykose (F28), ikke-organisk psykose, uspecificeret (F29) samt infantil autisme (F84.0), der i retspsykiatrien ofte klassificeres som en tilstand ligestillet med sindssygdom. De organiske demenstilstande (F00-03) findes i forskellige sværhedsgrader; fra de letteste (og betydningsløse) over de moderate (som ofte vil være omfattet af Straffelovens § 69) til de udtalte demenstilstande, som er omfattet af straffelovens § 16.

<b>ICD-10s Appendiks 1</b>	
F00-03	Demens, moderat – svær grad
F04	Organisk amnestisk syndrom
F05	Organisk delir
F06.0-3	Organisk psykotisk tilstand
F1x.5-7	Alkohol-/stofbetinget delir, amnestisk syndrom, psykotisk tilstand eller demens
F20	Skizofreni
F22	Paranoid psykose
F23	Akut forbigående psykose
F25	Skizo-affektiv psykose
F30.1-.2	Mani
F31.1-.6, .8-.9	Bipolar affektiv sindslidelse
F32.1-3	Depressiv enkeltepisode, moderat-svær
F33.1-3	Tilbagevendende depression, moderat-svær
F38.0	Blandingstilstand, enkeltepisode
<i>Evt. også ved følgende lidelser eller tilstande efter vurdering af realitetstilpasning</i>	
F00-03	Demenstilstand, lettere grad
F21	Skizotypisk sindslidelse
F43.0	Akut belastningsreaktion (katastrofe)
F43.2	Tilpasningsreaktion
F44.1-3	Dissociativ fugue, stupor eller trancetilstand
F50.0-1	Anorexia nervosa

Det fremgår af ovenstående tabel, at demenstilstandene (F00-03) også er anført i gruppen af tilstande, hvor det skal vurderes, om de er omfattet af § 16 på grundlag af en vurdering af realitetstilpasningen. Noget tilsvarende gælder også de depressive tilstande, som findes i alle sværhedsgrader, og hvor de lettere hverken er omfattet af § 16 eller nødvendiggør overførsel til en psykiatrisk afdeling. En tilpasningsreaktion (F43.2) er som udgangspunkt ikke en §16-tilstand, men en indsat kan aktuelt være så belastet af en tilpasningsreaktion, at overførsel til en psykiatrisk afdeling er nødvendig. Skizotypi (F21) er en tilstand på grænsen til skizofreni, men uden at symptomerne har sindssygelig sværhedsgrad. Tilstanden karakteriseres imidlertid også af korterevarende psykotiske episoder ("mikropsykotiske episoder"), og disse episoder henføres til § 16, stk.1, mens det beror på en konkret klinisk psykiatrisk vurdering, om en skizotypisk sindslidelse er så indgribende, at tilstanden må henføres til straffelovens §16, stk.1, eller til § 69. Uafhængig af den retspsykiatriske klassifikation er praksis at anbefale en foranstaltningsdom, jf. straffelovens § 68,2. pkt., til personer med en skizotypisk sindslidelse af blot en vis sværhedsgrad, og tilsvarende bør disse personer ikke have ophold i Kriminalforsorgens institutioner, men søges overflyttet til en psykiatrisk afdeling. Alle øvrige til-

stande i F20-spektret (F20-F29, undtagen F21, jf. ovenstående) henføres til §16 og bør derfor overføres til psykiatriske afdelinger.

I denne undersøgelse har de tilstande, der er nævnt i Appendix 1 i ICD-10s danske udgave, dannet udgangspunkt for projektets psykiaters vurderingen af, om en indsat burde indlægges på en psykiatrisk afdeling eller ej. Dernæst har psykiaterne, hvor det har været relevant, videregivet deres vurdering til fængslets læger, som har foretaget en konkret klinisk vurdering af sværhedsgraden af en given tilstand, f.eks. demens eller depression, med henblik på en vurdering af, om tilstanden har psykotisk sværhedsgrad og indlæggelse derfor er påkrævet, eller – såfremt tilstanden ikke er psykotisk – om indlæggelse alligevel skønnes nødvendig.

## Diagnosticeringsredskaber til psykiaternes udredning

### SCAN

Psykiatere stiller en diagnose ud fra ICD-10 ved en samtale med patienten. Denne samtale kan opdeles i forskellige former for interview. De mest anvendte diagnostiske interview i Danmark er SCAN; Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry, og PSE-10; Present State Examination, 10. udgave (Ivanouw & Simonsen, 2010). Derfor er disse interview valgt i dette screeningsprojekt med henblik på at stille diagnoser efter både DSM-IV og ICD-10, da symptomerne i de diagnostiske kriterier i ICD-10 er defineret i SCAN. SCAN version 2.1 er anvendt som et semistruktureret interview, der er et redskab til psykopatologisk vurdering, som registrerer, måler og klassificerer psykopatologiske symptomer og adfærdstræk forbundet med psykiske sygdomme. Ved hjælp af et af klassifikationssystemerne, ICD-10 eller DSM-IV-TR, inddeles de fundne fænomener i kategorier og diagnoser. I dette projekt har PSE-10 og SCAN været udført som et 12 måneders retrospektivt interview til at udløse ICD-10-diagnoser fra F00-F59.

### DSM-IV-TR

DSM-IV-TR dækker alle psykiske forstyrrelser for børn og voksne. Den første udgave af DSM kom i 1980, og den senest reviderede version er DSM-IV-TR fra 2000. En af de grundlæggende forskelle mellem ICD-10 og DSM-IV-TR er, at sidstnævnte er et flerdimensionelt system, hvor der for hver patient skal foreligge en vurdering på fem akser, for syndrom, personlighedsstruktur, somatisk sygdom, psykosocial belastning og aktuelt social funktionsniveau.



## SCID

Der er to versioner af SCID, som er et diagnostisk interview udviklet af American Psychiatric Association. SCID-I giver mulighed for at foretage en diagnostisk vurdering indenfor 'Axis I forstyrrelserne', som er affektive og bipolare sindslidelser, psykotiske sygdomme, angsttilstande, Post Traumatisk Stress Disorder (PTSD), Obsessive Compulsive Disorder (OCD), fobier, misbrugstilstande, somatoforme lidelser, spiseforstyrrelser m.v. SCID-II giver mulighed for at foretage en diagnostisk vurdering indenfor 'Axis 2 forstyrrelserne', som dækker 13 personlighedsforstyrrelser. Både SCID-I og SCID-II returnerer diagnoser indenfor DSM-IV-TR, og begge instrumenter er bredt anvendt i den amerikanske videnskabelige litteratur (American Psychiatric Association, 1994).

## Bilag 2 ADHD

Attention Deficit Hyperactivity Disorder<sup>50</sup> (ADHD) beskrives ud fra symptomer på opmærksomhedsforstyrrelser, hyperaktivitet og en grad af impulsivitet, der er højere end svarende til barnets aldersniveau (Thomsen, 2011a).

I Danmark anvendes kriterierne fra WHO's ICD-10 til at stille psykiatriske diagnoser, bortset fra ADHD-diagnosen, hvor praksis er at anvende kriterierne fra DSM-IV. Denne praksis er manifesteret i det danske referenceprogram for børn og unge med ADHD (Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab i Danmark, 2008). Trods mange ligheder mellem diagnosesystemerne DSM-IV og ICD-10 er der enkelte forskelle, herunder bl.a. at der indenfor DSM-IV opereres med flere undergrupper af ADHD-diagnosen. Disse undergrupper er ikke inddraget i nærværende screeningsprojekt, da det i forlængelse af drøftelser med danske og nordiske psykiatere med interesse og forskningsaktivitet indenfor ADHD er besluttet at arbejde ud fra en samlet ADHD-diagnose. I det følgende afsnit beskrives, hvordan ADHD er inddraget i screeningsundersøgelsen.

### 2.1. Forekomsten af ADHD

For at sikre det bedste udgangspunkt for undersøgelserne vedrørende ADHD blandt indsatte er der foretaget en litteratursøgning af undersøgelser omhandlende ADHD blandt voksne og ADHD i kriminelle populationer.

I mange publikationer anslås forekomsten af ADHD at udgøre mellem 3-7 pct. af den undersøgte børnegruppe (American Psychiatric Association, 1994), (Petersen, Bilenberg, Hoerder, & Gillberg, 2006), (Spencer, Biederman, & Mick, 2007), (Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab i Danmark, 2008), ligesom ADHD-symptomerne kan fortsætte efter barndommen for nogle voksne (Barkley, Murphy, & Fischer, 2008). Derudover viser studierne, at ADHD hos voksne er en signifikant forringende lidelse, der er associeret med mange begrænsninger i almindelige hverdagsaktiviteter (ibid.). Et af de områder, hvor voksne med ADHD gennemgående kan have problemer, er indenfor uddannelse og arbejdsmarkedstilknytning, idet ADHD forårsager betydelige vanskeligheder, der kan hæmme sociale samt skole- og beskæftigelsesmæssige funktioner (WHO, 1993). Også skandinaviske studier har påvist, at ADHD-symptomer kan fortsætte efter barndommen, og påpeget en association mellem voksne med ADHD og øget risiko for misbrug, kortere uddannelsesniveau og antisocial adfærd, der i visse tilfælde fører til kriminalitet (Rasmussen & Gillberg, 2000), (Thomsen, 2011a), (Dalsgaard, 2002).

---

<sup>50</sup> ICD-10 anvender betegnelsen 'Hyperkinetisk forstyrrelse' for ADHD.

Imidlertid stiller andre studier spørgsmålstegn ved, om der er en direkte association mellem ADHD og kriminalitet. I nogle undersøgelser betragtes tilstedeværelsen af adfærdsforstyrrelser (Conduct Disorder, CD) i barndommen eller ungdommen i stedet som den faktor, der er afgørende for den enkeltes forhøjede risiko for kriminalitet, misbrug og antisocial adfærd (Barkley, Murphy, & Fischer, 2008), (Mordre, Groholt, Kjelsberg, Sandstad, & Myhre, 2011; WHO, 1993)<sup>51</sup>. En klar adskillelse af, hvordan ADHD, adfærdsforstyrrelser og misbrug af rusmidler er associeret til kriminalitet besværliggøres af, at der er flere overlap mellem disse faktorer. Derudover viser studier af voksne med ADHD, at der er en høj grad af overlap med andre psykiske lidelser, fx angst og antisocial personlighedsforstyrrelse og at 27-46 pct. voksne med ADHD har et misbrug (Thomsen, 2011b).

For at få mere viden om indsatte med ADHD har en undersøgelse blandt 315 indsatte i Norrtälje-fængslet i Sverige været inddraget. Undersøgelsens formål var at estimere forekomsten af ADHD blandt langtidsindsatte og at give en beskrivelse af deres symptomer og kognitive funktion. De indsatte blev undersøgt med et screeningsinstrument for ADHD (Wender Utah Rating Scale). Den estimerede forekomst af ADHD blandt langtidsindsatte var på 40 pct. Alle, der blev diagnosticeret med ADHD, var samtidig stofmisbrugere, hvor amfetamin var det mest brugte stof. Udover den estimerede forekomst af ADHD blev der fundet en stor andel med andre psykiske lidelser, heriblandt angstlidelser, personlighedsforstyrrelser og adfærdsforstyrrelser (Ginsberg, Hirvikoski, & Lindefors, 2010).

Litteraturgennemgangen af undersøgelser omhandlende ADHD blandt voksne og ADHD i kriminelle populationer viser dermed, at forekomsten af ADHD varierer markant afhængig af undersøgelsesmetoden, anvendte klassifikationskriterier, udpegede interessentgrupper samt hvilket land undersøgelsen er foretaget i.

## 2.2. Udredning af ADHD

For at stille ADHD-diagnosen korrekt ud fra kriterierne i DSM-IV er det et krav, at den, der undersøges, har et forringet funktionsniveau med hensyn til social adfærd, indlæringsevner eller erhvervmæssige evner. De adfærdsmæssige symptomer (opmærksomhedsforstyrrelser, hyperaktivitet og øget impulsivitet) skal have været observeret i mindst et halvt år og i flere forskellige omgi-

---

<sup>51</sup> Hvor ADHD er kendetegnet ved rastløshed, koncentrationsproblemer samt manglende evne til at organisere tid og opgaver, er adfærdsforstyrrelser (CD) kendetegnet ved gentagende og vedvarende dyssocial, aggressiv eller udfordrende adfærd med klare brud på sociale forventninger og normer i forhold til alderssvarende niveau.

velser, herunder hjem og skole, og skal have været til stede inden 7-årsalderen (American Psychiatric Association, 2000).

Indhentning af information fra forældre og skolelærere foregår mest hensigtsmæssigt ved hjælp af spørgebatterier udformet til formålet. Udredningen for ADHD kan foregå ved observation af barnets adfærd, strukturerede interview eller ved screeningstest. Definitionen af ADHD og kriterierne i DSM er udarbejdet til brug hos børn og unge, hvilket medfører vanskeligheder, når disse anvendes hos voksne med ADHD, da voksne med ADHD har et andet symptombillede end børn. Dette skyldes, at symptombilledet ændrer sig i takt med pågældendes alder og modenhed, og særligt det kendetegnende symptom på hyperaktivitet er mindre udtalt hos voksne. I stedet kommer symptomerne ofte til udtryk i indre uro, rastløshed og humørsvingninger (Thomsen, 2011a).

Samtidig besværliggøres mulighederne for at inddrage observationer fra andre end den person, der udredes, desto længere tid, der er gået siden symptomerne begyndte i barndommen. Derudover kompliceres udredningen af ADHD yderligere af differentialdiagnostiske problemer og samsygelighed (co-morbiditet)<sup>52</sup>, idet der ofte forekommer symptomoverlap med personlighedsforstyrrelser, men også med angst, depression, adfærdsforstyrrelser og misbrug af alkohol og stoffer. Diagnostisering af ADHD kræver derfor en udførlig klinisk undersøgelse, foretaget af en speciallæge, der kan skelne mellem symptomer på ADHD og symptomer på andre psykiske lidelser.

---

<sup>52</sup> Samsygelighed er en betegnelse for sameksistens af en eller flere lidelser foruden en primær sygdom. Det anslås, at op mod halvdelen af de personer, der er diagnosticeret med ADHD, lider af comorbide psykiatriske lidelser, såsom adfærdsforstyrrelser, misbrug, antisocial personlighedsforstyrrelse og angsttilstande (Thomsen, 2011b).

## **Bilag 3: Gennemgang af tidligere screeningsinstrumenter for psykisk sygdom i fængsler**

Nedenfor er de syv instrumenter beskrevet med formål og indhold, hvilket mål instrumentet er rettet imod, antal af spørgsmål i instrumentet, hvem der udfylder instrumentet, og hvilke faggrupper instrumentet er udviklet til. Overordnet set har de enkelte instrumenter ikke været anvendt selvstændigt til identificering af indsatte med psykisk sygdom. Instrumenterne har derimod været anvendt med andre instrumenter samtidigt for at skelne mellem indsatte med behov for psykiatrisk undersøgelse og indsatte, der ikke havde et sådant behov.

### **1. The Referral Decision Scale (RDS)**

RDS er et screeningsinstrument, der blev udviklet i USA i 1989. RDS blev designet til at skelne mellem varetægtsfængslede, der havde en høj sandsynlighed for at have en psykisk sygdom og varetægtsfængslede uden psykisk sygdom (Teplin & Swartz, 1989). RDS blev testet mod en guldstandard som var Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (DSM) udgave III. RDS screener for skizofreni, herunder skizotypi, manio-depressive sindslidelser inkl. atypisk bipolar sindslidelse og svær depression. Screeningsinstrumentet består af 15 spørgsmål fra et diagnostisk interviewskema samt selvrapporterende ja/nej-spørgsmål om tidligere psykiatrisk behandling. Spørgsmålene forsøger at afdække, hvorvidt oplevelsen af symptomer på psykose er til stede. RDS screener for en given tilstand i løbet af livet. Målet for RDS var, at det skulle tage mindre end 10 minutter at udføre og kunne administreres ved interview af trænede fængselsbetjente (Teplin & Swartz, 1989). RDS er senere blevet validitetstestet i Canada (Hart, Roesch, Corrado, & Cox, 1993), hvor validiteten af RDS ikke blev vurderet til at være lige så høj, som fundet ved studiet i 1989 (Teplin & Swartz, 1989).

### **2. The Brief Jail Mental Health Screen (BJMHS)**

BJMHS er en videreudvikling af RDS, der screener for aktuelle psykiske symptomer afgrænset til de sidste seks måneder (Steadman, Scott, Osher, Agnese, & Robbins, 2005). BJMHS er testet op imod en guldstandard, SCID interview med DSM-IV. Screeningsinstrumentet består af otte ja/nej-spørgsmål. BJMHS screener i fængselspopulationer for alvorlige depressive lidelser, bipolar lidelse, skizofreni, skizoaffektiv sindslidelse, akutte og forbigående psykoser, paranoide psykoser og andre psykotiske lidelser, som ikke er nærmere specificeret. Screeningen foregår ved interview foretaget af sygeplejersker og fængselsbetjente i modtagelsesprocessen. Fordelen ved BJMHS er, at den er hurtig og nem at anvende, og at der kræves begrænset træning for at kunne interviewe med BJMHS.

Derudover er BJMHS testet i en fængselspopulation og validitetstestet med SCID-I. BJMHS har vist en acceptabel akkuratess i at identificere personer med en psykisk lidelse, dog hovedsagligt gældende for mænd.

### **3. The Modified Mini Screener (MMS)**

MMS er et screeningsinstrument, der er udviklet i USA, til at identificere personer med psykiske problemer. Det er udviklet til heterogene grupper i et forsøg på at tage forbehold for komplekse problemstillinger, når personer fx både har psykiske lidelser og misbrug. MMS's resultater er valideret med SCID-I og DSM-IV. MMS screener for angstlidelser, stemningslidelser og andre psykotiske lidelser blandt personer med misbrug (Alexander, Haugland, Lin, Bertollo, & McCorry, 2008) Screeningsinstrumentet består af 22 ja/nej-spørgsmål, der søger at afdække information om symptomer på psykiske lidelser som fx hallucinationer, tankeforstyrrelser og tanker om død og selvmord. Spørgsmålene har forskellige tidsangivelser og veksler mellem symptomer i de sidste to uger og op til livsvarige symptomer. Screeningen udføres ved interview. MMS er kort og let at administrere. En yderligere fordel ved MMS er, at det er testet i selekterede grupper, herunder blandt mænd og kvinder, som er i misbrugsbehandling eller som er tilknyttet et forsorgshjem, et herberg eller fængsler og gadeprogrammer. Undersøgelsen viste, at MMS klassificerer ca. 80 % korrekt (Alexander et al., 2008).

### **4. Correctional Mental Health Screen (CMHS-F & CMHS-M)**

CMHS er et screeningsinstrument, der er udviklet i 2007 i to udgaver - et til kvinder (CMHS-F) og et til mænd (CMHS-M) i fængselsregi i USA. Screeningsinstrumentet skelner mellem indsatte med psykiatriske lidelser defineret ved diagnoser fra DSM-IV Akse I og Akse II. Der anvendes SCID-I, som identificerer sværere psykiske lidelser (Akse I) og SCID-II, som identificerer personlighedsforstyrrelser (Akse II) (Ford, Trestman, Wiesbrock, & Wanli, 2007). CMHS-F består af 8 spørgsmål og CMHS-M består af 12 spørgsmål. Spørgsmålene afdækker information om tidligere indlæggelse af psykiatriske årsager, stemningssvingninger og håbløshedsfølelse, nedsat selvfølelse, nedtrykthed, irritabilitet og relationer til andre. Spørgsmålene stammer fra fem forskellige spørgeskemaer, der bruges til screening. CMHS stiller spørgsmål til nuværende samt livslange tegn på alvorlige psykiske lidelser. Undersøgelser har vist, at CMHS-F og CMHS-M klassificerer ca. 80 % korrekt (Ford et al., 2007). Screeningsinstrumentet er ikke blevet afprøvet alene, men sammen med 5 forskellige screeningsinstrumenter, som en del af et større spørgeskema.

## 5. The Mental Health Screening Form-III (MHSF-III)

MHSF-III er et screeningsinstrument, som blev udviklet i USA i 2011. Instrumentet består af 18 ja/nej-spørgsmål, som afdækker information om nuværende og tidligere psykiske symptomer, og kan anvendes til at screene personer, som samtidig har misbrug, for psykiske lidelser (Carrol & McGinley, 2001). Resultaterne af MHSF-III valideres med SCID-I og DSM-IV. Besvares et spørgsmål bekræftende, skal dette uddybes med spørgsmål om intensitet, varighed og om samspillet med samtidigt misbrug. Spørgsmålene afdækker en række psykiske sygdomme og andre psykiatriske lidelser, herunder mental retardering, skizofreni, maniske perioder, depression, forskellige angsttilstande, tvangsforestillinger, Post Traumatisk Stress Reaktion (PTSD), spiseforstyrrelser, vrangforestillinger, aleomani (ludomani), personlighedsforstyrrelser og indlæringsforstyrrelser (Carrol & McGinley, 2001). MHSF-III kan udføres både som interview og selvadministreret spørgeskema, skønt interviewet anbefales. Ud fra svarene afgør en sundhedsfaglig person, om det er nødvendigt med opfølgende vurdering og diagnosticering. MHSF-III blev i et pilotstudie fundet til at klassificere 73 pct. af de screenede korrekt (Carrol & McGinley, 2001).

Der blev ikke fundet en undersøgelse, der validerede resultaterne fundet ved pilotstudiet, og MHSF-III har ikke været afprøvet i fængselsinstitutioner.

## 6. K6 skala og K10 skala

K6 og K10 er to screeningskalaer, der blev udviklet i USA i 2003 til en spørgeskemaundersøgelse af befolkningens psykiske helbred (NHIS, National Health Interview Survey). K6 og K10 skelner mellem personer med sværere psykiske lidelser og personer uden sværere psykiske lidelser. De to skalaer blev valideret med diagnosesystemet DSM-IV ved hjælp af SCID-I interviewet (Kessler et al., 2002). K10 består af 10 spørgsmål og K6 er en kortere udgave af K10, bestående af seks spørgsmål. De to skalaer screener for, hvor besværet pågældende er af sin psykiske lidelse. Screeningsspørgsmålene søger information om, hvor ofte pågældende har følt nervøsitet, håbløshed, uro og rastløshed, nedtrykthed, at alt var en anstrengelse og at han/hun ikke var noget værd (Kessler et al., 2002). Tidsperioderne, der spørges om, kan variere, og kan fx være den måned indenfor de sidste 12 måneder, hvor den adspurgte har følt sig mest nedtrykt mv. De to screeningskalaer kan udføres både som interviews og som selvadministreret skemaer. Fordelen ved skemaerne er, at de er korte og lette at udfylde ved interview.

Skalaerne er vurderet til at have en god evne til at diskriminere DSM-IV cases fra non-cases i den generelle population med en korrekt klassificering på 86 %. Skalaerne benyttes derfor i store generelle spørgeskemaundersøgelser i både USA, Canada og Australien (Kessler et al., 2002).

K6-skalaens evne til at screene for sværere psykisk lidelse i en population med dobbeltdiagnoser er undersøgt i en stor spørgeskemabaseret helbredsundersøgelse. Undersøgelsen viste, at K6 klassificerer bedst blandt personer, der ikke har en dobbeltdiagnose (Swartz & Lurigio, 2006). K6-skalaen er undersøgt og valideret i generelle sundhedsspørgeskemaundersøgelser og ikke som et screeningsinstrument, der står alene. K6 og K10 findes på forskellige sprog, men ikke på dansk.

## 7. The Screening Instrument for Psychosis (PS)

PS er et screeningsinstrument, der er udviklet i 1999 i Australien i forbindelse med en spørgeskemaundersøgelse om psykiske lidelser. PS er udviklet til at identificere de indsatte, der bør videregendes til en psykiater for en diagnostisk vurdering (Degenhardt et al., 2005), og er det eneste fundne screeningsinstrument, der specifikt screener for psykose. PS screener for psykose defineret på to måder; en bred definition, der indeholder skizofreni, skizoaffektive lidelser og affektive psykoser og en snæver definition, der indeholder skizofreni og skizoaffektive lidelser. PS anvender elementer, der stammer fra the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Spørgsmålene søger at afdække information om psykotiske symptomer som hallucinationer, tidligere diagnose med skizofreni, tankeforstyrrelser og vrangforestillinger. Derudover indeholder det et spørgsmål vedrørende den faglige vurdering foretaget af interviewer i forhold til, om klienten nogensinde har lidt af en psykotisk lidelse (White & Chant, 2006). Tre af de syv spørgsmål er toleddet og anden del stilles kun, hvis der svares bekræftende til tidligere spørgsmål (Degenhardt et al., 2005). Screeningsinstrumentet er kort og brugervenligt både for de varetægtsfængslede og for sygeplejerskerne, som interviewer (White & Chant, 2006).

En validitetsanalyse af PS viste, at instrumentet har en moderat evne til at skelne mellem de personer, som har en psykosediagnose. Diagnoserne er fundet ved hjælp af Diagnostic Interview for Psychosis (DIP). DIP er et interview, der bruger en delmængde af spørgsmålene fra Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN). Med den brede definition af psykose klassificeres 79 pct. korrekt. Med den snævre definition af psykose klassificeres 73 pct. korrekt (Degenhardt et al., 2005). PS er derudover afprøvet blandt varetægtsfængslede i en australsk undersøgelse, hvor trænede sygeplejersker inddrog det i deres generelle sundhedsundersøgelse, som alle indsatte modtager. Ved en snæver psykosedefinition har PS en sensitivitet på 0,75 og en specificitet på 0,83, dvs. en rimelig evne til at skelne mellem varetægtsfængslede, der opfylder kriterierne for en psykose og varetægtsfængslede, der ikke gør (White & Chant, 2006).



## Bilag 4: Screeningsinstrumentet til sygeplejerskerne, 1. periode

(Udskrift af onlinespørgeskema fra databasen på defgo.net, hvor rullepaneler mv. fremstår som lister)

### SCREENING FOR PSYKISK SYGDOMREGISTRERINGSSKEMA FOR SYGEPLEJERSKERNE

Bemærk venligst, at når du starter med at udfylde skemaet, skal det gøres helt færdigt. Det er desværre ikke muligt at gemme et skema midt i udfyldelsen for derefter at vende tilbage til det senere.

**Skemaet er udfyldt af:** (angiv venligst dit eget bruger-ID med institutionskode og initialer; f.eks. 101abc)

#### STAMDATA

##### CPR-nummer

Indsattes CPR-nummer (ddmmåå-xyzw) \_\_\_\_\_

##### Tjenestested

- Arresthuset i Odense
- Arresthuset i Århus
- Københavns Fængsler

**Indsættelsesdato og klokkeslæt** (dd-mm-åååå tt:mm:ss) \_\_\_\_\_

##### Indsatte er indsat fra

- Indsatte er indsat fra fri fod
- Indsatte er overført fra Anstalten ved Herstedvester
- Indsatte er overført fra Statsfængslet i Nyborg

.  
.  
.

Andet (beskriv): \_\_\_\_\_

##### Informeret samtykke til deltagelse

- Ja
- Nej

#### BAGGRUNDSOPLYSNINGER

##### Civilstand

- Gift/registreret partnerskab/samlevende
- Fraskilt/separeret
- Enke/enkemand
- Ugift (inkl. personer, der efter at have været samlevende, nu lever alene)
- Uoplyst

**Antal børn** \_\_\_\_\_

**Er indsatte dansk statsborger?**

- Ja
- Nej
- Uoplyst

**Oprindelsesland**

- Danmark
- EU-land
- Øvrige Europa
- Afrika
- Nordamerika
- Syd- og Mellemamerika
- Asien
- Oceanien
- Statsløs
- Uoplyst

**Forældres herkomst**

- Begge forældre er født i Danmark
- En af forældrene er født i udlandet
- Begge forældre er født i udlandet
- Uoplyst

**Samlet opholdstid i Danmark før aktuelle indsættelse**

- Ophold i Danmark over 10 år
- Ophold i Danmark mellem 5 og 10 år
- Ophold i Danmark under 5 år
- Uoplyst

**Er der anvendt tolk til interviewet?**

- Ja
- Nej

**Uddannelsesniveau (højest opnåede angives)**

- Uafsluttet grundskole
- Grundskole
- Almengymnasial uddannelse
- Erhvervsgymnasial uddannelse
- Erhvervsuddannelse
- Kort videregående uddannelse
- Mellemlang videregående uddannelse
- Lang videregående uddannelse
- Forskeruddannelse
- Uoplyst

### Indsattes eksistensgrundlag på tidspunktet for de(t) påsigtede forhold

- Arbejdsindkomst, selvstændig
- Arbejdsindkomst, lønmodtager
- Statens uddannelsesstøtte (SU)
- Revalideringsydelse
- Førtidspension, folkepension (inkl. forskud)
- Arbejdsløshedsunderstøttelse
- Sygedagpenge
- Kontanthjælp, aktiveringsydelse
- Lommepenge
- Ingen indtægt
- Uoplyst
- Andet (beskriv): \_\_\_\_\_

## OPLYSNINGER OM PSYKISK SYGDOM

### (Følgende spørgsmål stilles ordret til den indsatte): ADHD-symptomer

1. *Hvor ofte har du problemer med at få gjort en opgave helt færdig - når først den meget interessante del af arbejdet er overstået?*  
Aldrig  Sjældent  Nogen gange  Ofte  Altid  Uoplyst
2. *Hvor ofte har du svært ved at klare en opgave, der kræver planlægning?*  
Aldrig  Sjældent  Nogen gange  Ofte  Altid  Uoplyst
3. *Hvor ofte har du problemer med at huske aftaler eller andre ting, du burde huske?*  
Aldrig  Sjældent  Nogen gange  Ofte  Altid  Uoplyst
4. *Hvor ofte undgår eller udsætter du opgaver, der kræver mange overvejelser?*  
Aldrig  Sjældent  Nogen gange  Ofte  Altid  Uoplyst
5. *Hvor ofte sidder du uroligt med arme eller ben, når du skal sidde stille i længere tid?*  
Aldrig  Sjældent  Nogen gange  Ofte  Altid  Uoplyst
6. *Hvor ofte føler du dig overdreven aktiv og drevet til at gøre ting - som var du drevet af en indre motor?*  
Aldrig  Sjældent  Nogen gange  Ofte  Altid  Uoplyst
7. *Hvor ofte laver du sjuskefejl, når du skal gennemføre en kedelig eller vanskelig opgave?*  
Aldrig  Sjældent  Nogen gange  Ofte  Altid  Uoplyst
8. *Hvor ofte har du svært ved at bevare opmærksomheden, når du har kedeligt eller ensformigt arbejde, der skal gøres?*  
Aldrig  Sjældent  Nogen gange  Ofte  Altid  Uoplyst
9. *Hvor ofte har du problemer med at koncentrere dig om, hvad folk siger til dig - selv når de taler direkte til dig?*  
Aldrig  Sjældent  Nogen gange  Ofte  Altid  Uoplyst

10. *Hvor ofte bliver ting væk fra dig hjemme eller på arbejde?*  
 Aldrig  Sjældent  Nogen gange  Ofte  Altid  Uoplyst
11. *Hvor ofte distraheres du af aktiviteter eller støj omkring dig?*  
 Aldrig  Sjældent  Nogen gange  Ofte  Altid  Uoplyst
12. *Hvor ofte forlader du møder eller andre situationer, hvor du forventes at blive siddende?*  
 Aldrig  Sjældent  Nogen gange  Ofte  Altid  Uoplyst
13. *Hvor ofte føler du dig rastløs eller har indre uro?*  
 Aldrig  Sjældent  Nogen gange  Ofte  Altid  Uoplyst
14. *Hvor ofte har du svært ved at koble fra eller slappe af, når du har tid til dig selv?*  
 Aldrig  Sjældent  Nogen gange  Ofte  Altid  Uoplyst
15. *Hvor ofte har du fornemmelsen af, at du taler for meget?*  
 Aldrig  Sjældent  Nogen gange  Ofte  Altid  Uoplyst
16. *Når du taler med andre - hvor ofte kommer du til at afslutte deres sætninger, før de selv gør det?*  
 Aldrig  Sjældent  Nogen gange  Ofte  Altid  Uoplyst
17. *Hvor ofte har du svært ved at vente på, at det bliver din tur?*  
 Aldrig  Sjældent  Nogen gange  Ofte  Altid  Uoplyst
18. *Hvor ofte afbryder du andre, når de er optaget af noget andet?*  
 Aldrig  Sjældent  Nogen gange  Ofte  Altid  Uoplyst

**(Følgende spørgsmål stilles ordret til den indsatte): K6 – Psychosis Screener**

1. *I de sidste 30 dage/måned hvor ofte har du følt dig nervøs?*  
 Aldrig  Af og til  Noget af tiden  Det meste af tiden  Hele tiden  Uoplyst
2. *I de sidste 30 dage/måned hvor ofte har du følt håbløshed?*  
 Aldrig  Af og til  Noget af tiden  Det meste af tiden  Hele tiden  Uoplyst
3. *I de sidste 30 dage/måned hvor ofte har du følt dig urolig og rastløs?*  
 Aldrig  Af og til  Noget af tiden  Det meste af tiden  Hele tiden  Uoplyst
4. *I de sidste 30 dage/måned hvor ofte har du følt dig så nedtrykt, at intet kunne opmuntre dig?*  
 Aldrig  Af og til  Noget af tiden  Det meste af tiden  Hele tiden  Uoplyst
5. *I de sidste 30 dage/måned hvor ofte har du følt, at alting var en anstrengelse?*  
 Aldrig  Af og til  Noget af tiden  Det meste af tiden  Hele tiden  Uoplyst
6. *I de sidste 30 dage/måned hvor ofte har du følt, at du ikke var noget værd?*  
 Aldrig  Af og til  Noget af tiden  Det meste af tiden  Hele tiden  Uoplyst

**Informationssøgning og orientering**

*Ser du TV, hører radio eller læser avis i arresthuset/fængslet?*

Ja  Nej  Uoplyst

**Søvnproblemer**

*Er der indenfor de sidste tre dage (blot en af dagene), hvor der er gået mere end en halv time fra det øjeblik du lagde dig til at sove til du faldt i søvn?*

Ja Nej Uoplyst

*I de sidste tre dage - har din søvn været afbrudt? (Toiletbesøg, hvor indsatte falder i søvn igen umiddelbart derefter, medtælles ikke)*

Ja Nej Uoplyst

*I de sidste tre dage - er du da vågnet mere end en time tidligere, end du plejer?*

Ja Nej Uoplyst

### **Selvordstanker**

(Nedenstående spørgsmål er semistruktureret og kan ikke blot stilles ordret. Man kan eksempelvis indlede med at fortælle, at man nu vil berøre et følsomt emne, nemlig tanker om død og selvmord. Hvis der er tanker om dette, må man spørge ind til omfanget og karakteren af det, således at de forskellige niveauer afdækkes og der opnås indsigt i, hvor konkrete eventuelle tanker er).

*Har du tanker om selvmord?*

Nej

Tanker, men ikke planer (passivt dødsønske)

Har planer og/eller forsøgt for nylig

Uoplyst

### **(Følgende spørgsmål stilles ordret til den indsatte):**

1. *Har du nogensinde gjort skade på dig selv, fordi du havde det dårligt men ikke for at ende livet?*  
Ja Nej Uoplyst
2. *Har du inden for de sidste 12 måneder oplevet, at dine tanker blev forstyrret eller kontrolleret af andre mennesker?*  
Ja Nej Uoplyst
  - a. *Hvis ja; Skete det på en måde, som andre mennesker finder usandsynlig for eksempel ved telepati?*  
Ja Nej Uoplyst
3. *Har du inden for de sidste 12 måneder oplevet, at andre mennesker var alt for interesserede i dig?*  
Ja Nej Uoplyst
  - a. *Hvis ja; Har du inden for de sidste 12 måneder haft oplevelsen af, at ting og hændelser var møntet på dig, eller at der ville ske noget, der skader dig?*  
Ja Nej Uoplyst
4. *Har du specielle egenskaber, som de fleste andre mennesker ikke har?*  
Ja Nej Uoplyst
  - a. *Hvis ja; Tilhører du en gruppe af mennesker, som også har disse specielle egenskaber?*  
Ja Nej Uoplyst
5. *Har en læge nogensinde sagt til dig, at du lider af skizofreni?*  
Ja Nej Uoplyst

***I det følgende skal sygeplejerskerne på baggrund af samtalen og den tilgængelige information besvare spørgsmålene, så det passer bedst med deres overbevisning.***

1. *Har den indsatte nogensinde oplevet, at der skete noget mærkeligt og uforklarligt?*  
Ja Nej Ved ikke
  - a. *Hvis ja; Var det så mærkeligt, at den indsatte oplevede, at andre mennesker vil finde det*

usandsynligt?

Ja Nej Ved ikke

2. *Har den indsatte troet, at han/hun havde særlige evner eller kræfter, som de fleste andre mennesker ikke har?*  
Ja Nej Ved ikke
  - a. *Hvis ja; Tilhørte den indsatte en gruppe af personer, der også havde særlige evner eller kræfter?*  
Ja Nej Ved ikke
3. *Har den indsatte nogensinde oplevet, at andre personer var alt for interesserede i ham/hende?*  
Ja Nej Ved ikke
  - a. *Hvis ja; Oplevede den indsatte at disse personer var ude på at skade ham/hende?*  
Ja Nej Ved ikke
4. *Har den indsatte nogensinde oplevet, at hans/hendes tanker blev forstyrret eller kontrolleret af en anden person?*  
Ja Nej Ved ikke
  - a. *Hvis ja; Oplevede den indsatte, at det skete på en måde, som mange mennesker har svært ved at tro på?*  
Ja Nej Ved ikke
5. *Har den indsatte nogensinde haft syns- eller hørelshallucinationer?*  
Ja Nej Ved ikke

**Skønner sygeplejersken, at indsatte er sindssyg (psykotisk)?**

Ja Nej

#### **Tidligere kontakt til det psykiatriske system og/eller psykolog**

1. *Har du nogensinde været henvist til eller i behandling hos en psykiater?*  
Ja Nej Uoplyst
2. *Har du nogensinde været indlagt på en psykiatrisk afdeling?*  
Ja Nej Uoplyst
3. *Har du nogensinde været i behandling hos din praktiserende læge eller ved psykolog for psykiske problemer?*  
Ja Nej Uoplyst
4. *Har du nogensinde været i behandling med nervemedicin?*  
Ja Nej Uoplyst
  - a. *Hvis ja, angiv præparater: \_\_\_\_\_*

#### **MISBRUG**

Her registreres den indsatte eventuelle misbrug af rusmidler det seneste år før den aktuelle indsættelse.

Der anvendes betegnelserne "Intet brug", "Brug", "Problembrug" og "Misbrug", der defineres som følger:

**Euforiserende stoffer:** Intet brug - total afholdenhed, Brug - gennemsnitlig indtagelse af et stof 1 gang om måneden i mindst 3 måneder, Problembrug - gennemsnitlig indtagelse af et stof 2-4 gange om måneden i mindst 3 måneder, Misbrug – gennemsnitlig indtagelse af et stof 2 gange ugentligt eller mere i mindst 3 måneder.

**Alkohol:** Intet brug - indtagelse af mindre end 7 genstande om året, Brug - gennemsnitlig alkoholforbrug, som er mindre end problembrug, Problembrug - gennemsnitlig indtagelse af 6-10 genstande pr. dag i mindst 3 måneder, Misbrug - gennemsnitlig indtagelse af 11 genstande eller mere pr. dag i mindst 3 måneder

## Rusmidler

Alkohol: Intet brug Brug Problebrug Misbrug Uoplyst

Hash: Intet brug Brug Problebrug Misbrug Uoplyst

Opioider: Intet brug Brug Problebrug Misbrug Uoplyst

Sedativa og sovemedicin: Intet brug Brug Problebrug Misbrug Uoplyst

Centralstimulerende midler (kokain): Intet brug Brug Problebrug Misbrug Uoplyst

Andre centralstimulerende midler (Ecstasy o.lign.): Intet brug Brug Problebrug Misbrug Uoplyst

Hallucinogener (LSD, svampe o.lign.) Intet brug Brug Problebrug Misbrug Uoplyst

Opløsningsmidler (lightergas o.lign.) Intet brug Brug Problebrug Misbrug Uoplyst

### Angiv evt. brug/problebrug/misbrug af andre rusmidler (fx khat):

Brug \_\_\_\_\_

Problebrug \_\_\_\_\_

Misbrug \_\_\_\_\_

### Er den indsatte aktuelt i substitutionsbehandling (metadon, subutex mv.)

Ja Nej Uoplyst

## SYGEPLEJERSKERNES SKØN

*Skønner sygeplejersken, at der er mistanke om, at den indsatte kunne være mentalt retarderet?*

Ja Nej

*Skønner sygeplejersken, at der er mistanke om, at den indsatte har en behandlingskrævende psykisk forstyrrelse eller sygdom, således at den indsattes psykiske tilstand påkræver, at han/hun bliver tilset af en psykiatrisk konsulent?  
(Vurderingen foretages uafhængig af oplysninger om eventuel tidligere psykiatrisk/psykologisk behandling)*

Ja Nej

*Skønner sygeplejersken, at indsattes psykiske tilstand kræver akut vurdering af en psykiatrisk konsulent?*

Ja Nej

Eventuelle bemærkninger

---

---

---

---

**Dato og tidspunkt for interview**

Dato og klokkeslæt (dd-mm-åååå TT:mm:ss)

---

MANGE TAK FOR INDBERETNINGEN!



## Bilag 5: Screeningsinstrumentet til sygeplejerskerne, 2. periode

(Udskrift af onlinespørgeskema fra databasen på defgo.net, hvor rullepaneler mv. fremstår som lister)

### SCREENING FOR PSYKISK SYGDOM REGISTRERINGSSKEMA FOR SYGEPLEJERSKERNE FRA DEN 1/9-2011

Kære sygeplejerske Du har netop åbnet registreringsskemaet for sygeplejerskerne, som skal benyttes fra den 1/9-2011 og fremefter. Bemærk venligst, at når du starter med at udfylde skemaet, skal det gøres helt færdigt. Det er desværre ikke muligt at gemme et skema midt i udfyldelsen for derefter at vende tilbage til det senere. For at sikre, at undersøgelsen bliver så præcis og pålidelig som muligt, vil jeg bede dig om tre ting, nemlig: 1) at du gennemlæser projektmanualen grundigt, inden du gennemfører interview med indsatte, 2) at du gør dig umage med at taste spørgeskemaerne korrekt ind på defgo.net, og 3) at du retter henvendelse til enten Rikke Bach Jensen, Torsten Bjørn Jacobsen eller undertegnede, såfremt du er i tvivl om et eller andet - hvad enten det drejer sig om interviewfasen, indberetningen af svarerne, status på projektet eller noget helt fjerde. Vi vil MEGET gerne hjælpe! Endelig findes der en rigtig god, opdateret projektmanual til undersøgelsen, som indeholder meget information og vejledning. På forhånd tak! Med venlig hilsen Mette L. Adamsen - tlf. 7255 4604 eller e-post:mette.adamsen@kriminalforsorgen.dk

**Skemaet er udfyldt af:** (angiv dit bruger-ID med institutionskode og initialer; f.eks. 101abc)

#### STAMDATA

**Indsattes CPR-nummer** (ddmmåå-xyzw) \_\_\_\_\_

**Indsættelsesdato og klokkeslæt** (dd-mm-åååå tt:mm:ss) \_\_\_\_\_

**Er indsatte tidligere dømt efter straffelovens § 16 eller §§68-69?**

Ja  Nej  Ved ikke

**Har indsatte givet informeret samtykke til deltagelse i 'Screeningsprojektet for psykisk sygdom'?**

Ja (Gå til spørgsmål 9)  
 Nej

**Hvis indsatte ikke har givet informeret samtykke til deltagelse i 'Screeningsprojektet for psykisk sygdom', skyldes det så:**

- At indsatte ikke ønskede at deltage
- At indsatte blev overflyttet til psykiatrisk afdeling
- At indsatte blev overført til andet opholdssted eller løsladt inden interviewet fandt sted
- At der var en sprogbarriere, der umuliggjorde et interview
- Anden årsag: \_\_\_\_\_

#### BAGGRUNDSOPLYSNINGER

**Hvad er din nuværende civilstand?**

- Gift/registreret partnerskab/samlevende
- Fraskilt/separeret
- Enke/enkemand
- Ugift (inkl. personer, der efter at have været samlevende, nu lever alene)
- Uoplyst

**Hvor mange børn har du?** \_\_\_\_\_

**Hvad er dit oprindelsesland?** (Bemærk: Du kan finde definitioner i projektmanualen)

- Danmark, Grønland og Færøerne
- EU-land
- Øvrige Europa
- Afrika
- Nordamerika
- Syd- og Mellemamerika
- Asien
- Oceanien
- Uoplyst

**Hvad er din højest opnåede uddannelse?**

- Uafsluttet grundskole
- Grundskole
- Almen gymnasial uddannelse
- Erhvervs gymnasial uddannelse
- Erhversuddannelse
- Kort videregående uddannelse
- Mellemlang videregående uddannelse
- Lang videregående uddannelse
- Forskeruddannelse
- Uoplyst

**Hvad var dit eksistensgrundlag på tidspunktet for de(t) påsigtede forhold (anholdelsestidspunktet)?**

- Arbejdsindkomst, selvstændig
- Arbejdsindkomst, lønmodtager
- Statens uddannelsesstøtte (SU)
- Revalideringsydelse
- Før tidspension, folkepension (inkl. forskud)
- Arbejdsløshedsunderstøttelse
- Sygedagpenge
- Kontanthjælp, aktiveringsydelse
- Lommepenge
- Ingen indtægt
- Uoplyst
- Andet (beskriv): \_\_\_\_\_

**TIDLIGERE KONTAKT TIL DET PSYKIATRISKE SYSTEM ELLER TIL PSYKOLOG**

*Har du nogensinde været henvist til eller i behandling hos en psykiater?*

- Ja  Nej  Uoplyst

*Har du nogensinde været indlagt på en psykiatrisk afdeling?*

- Ja  Nej  Uoplyst

*Har du nogensinde været i behandling hos din praktiserende læge eller ved psykolog for psykiske problemer?*

- Ja  Nej  Uoplyst

*Har en læge nogensinde sagt til dig, at du lider af skizofreni?*

- Ja  Nej  Uoplyst

## SPØRGSMÅL VEDRØRENDE PSYKISK SYGDOM

(Følgende spørgsmål stilles ORDRET til den indsatte):

1. *I de sidste 30 dage, hvor ofte har du følt håbløshed (at alt er håbløst)?*  
 Aldrig  Af og til  Noget af tiden  Det meste af tiden  Hele tiden  Uoplyst
2. *I de sidste 30 dage, hvor ofte har du følt, at du ikke var noget værd?*  
 Aldrig  Af og til  Noget af tiden  Det meste af tiden  Hele tiden  Uoplyst
3. *Har du inden for de sidste 12 måneder oplevet, at dine tanker blev forstyrret eller kontrolleret af andre mennesker?*  
 Ja  Nej  Ved ikke

(Følgende spørgsmål stilles IKKE ordret til den indsatte):

For at kunne besvare disse spørgsmål, må man i stedet spørge ind til oplevelser og omfang af tankeforstyrrelserne og hallucinationerne, og herved opnå en indsigt i, hvor konkrete disse oplevelser er. På baggrund af dette besvares spørgsmålene, så de passer bedst med din (sygeplejerske) overbevisning.

4. *Har den indsatte nogensinde oplevet, at hans/hendes tanker blev forstyrret eller kontrolleret af en anden person?*  
 Ja  Nej  Ved ikke
5. *Har den indsatte nogensinde haft syns- eller hørelshallucinationer?*  
 Ja  Nej  Ved ikke

## SELMORDSTANKER

(Følgende spørgsmål stilles ORDRET til den indsatte):

1. *Har du nogensinde gjort skade på dig selv, fordi du havde det dårligt men ikke for at ende livet?*  
 Ja  Nej  Ved ikke

(Følgende spørgsmål er semistruktureret og kan stilles ordret, hvis det føles passende. Ellers kan man eksempelvis indlede med at fortælle, at man nu vil berøre et følsomt emne, nemlig tanker om død og selvmord. Hvis der er tanker om dette, må man spørge ind til omfanget og karakteren af det, således at de forskellige niveauer afdækkes og der opnås indsigt i, hvor konkrete eventuelle tanker er. Har indsatte forsøgt selvmord, men ikke for nyligt, skal det noteres under eventuelle bemærkninger).

2. *Har du haft tanker om selvmord?*  
 Nej  
 Ja, jeg har tidligere haft tanker eller planer om selvmord, men har det ikke længere  
 Ja, jeg har tanker, men ikke planer (passivt dødsønske)  
 Ja, jeg har planer og/eller har forsøgt for nyligt  
 Uoplyst  
 Eventuelle bemærkninger \_\_\_\_\_

## MISBRUG

Her registreres den indsatte eventuelle misbrug af rusmidler det seneste år før den aktuelle indsættelse. Der anvendes betegnelserne "Intet brug", "Brug", "Problebrug" og "Misbrug", der defineres som følger:

Euforiserende stoffer: Intet brug - total afholdenhed, Brug - gennemsnitlig indtagelse af et stof 1 gang om måneden i mindst 3 måneder, Problebrug - gennemsnitlig indtagelse af et stof 2-4 gange om måneden i mindst 3 måneder, Misbrug – gennemsnitlig indtagelse af et stof 2 gange ugentligt eller mere i mindst 3 måneder.

Alkohol: Intet brug - indtagelse af mindre end 7 genstande om året, Brug - gennemsnitlig alkoholforbrug, som er mindre end problebrug, Problebrug - gennemsnitlig indtagelse af 6-10 genstande pr. dag i mindst 3 måneder, Misbrug - gennemsnitlig indtagelse af 11 genstande eller mere pr. dag i mindst 3 måneder

### Rusmidler

Alkohol: Intet brug Brug Problebrug Misbrug Uoplyst

Hash: Intet brug Brug Problebrug Misbrug Uoplyst

Opioider: Intet brug Brug Problebrug Misbrug Uoplyst

Sedativa og sovemedicin: Intet brug Brug Problebrug Misbrug Uoplyst

Centralstimulerende midler (kokain og amfetamin): Intet brug Brug Problebrug Misbrug Uoplyst

Andre centralstimulerende midler (Ecstasy o.lign.): Intet brug Brug Problebrug Misbrug Uoplyst

Hallucinogener (LSD, svampe o.lign.) Intet brug Brug Problebrug Misbrug Uoplyst

Opløsningsmidler (lightergas o.lign.) Intet brug Brug Problebrug Misbrug Uoplyst

### Angiv evt. brug/problebrug/misbrug af andre rusmidler (fx khat):

Brug \_\_\_\_\_

Problebrug \_\_\_\_\_

Misbrug \_\_\_\_\_

### Er den indsatte aktuelt i substitutionsbehandling (metadon, subutex mv.)

Ja Nej Uoplyst

### Angiv evt. brug/problebrug/misbrug af andre rusmidler (fx khat)

Brug \_\_\_\_\_

Problebrug \_\_\_\_\_

Misbrug \_\_\_\_\_

### Er du aktuelt i substitutionsbehandling (metadon, subutex mv.)?

Ja Nej Uoplyst

## DETTE AFSNIT UDFYLDES AF SYGEPLEJERSKEN EFTER INTERVIEWET

*Skønner sygeplejersken, at der er mistanke om, at den indsatte kunne være mentalt retarderet?*

Ja Nej

*Skønner sygeplejersken, at indsatte psykiske tilstand kræver akut vurdering af en psykiatrisk konsulent?*

Ja Nej

*Skønner sygeplejersken, at indsatte er psykotisk?*

Ja Nej

*Tak for din indberetning!*

## Bilag 6: Manual til screeningsinstrumentet til sygeplejerskerne, 2. periode

Dette er en manual til den nye version af screeningsinstrumentet for psykisk sygdom. Det nye screeningsinstrument indeholder en delmængde af spørgsmålene fra det første screeningsinstrument. Formålet med screeningsinstrumentet er, at det skal finde de indsatte, hvor der er en betydelig mistanke om, at indsatte er psykotisk = sindssyg.

Nedenfor er spørgsmålene gennemgået med en kort vejledning. Vejledningen er en hjælp til at stille og forstå spørgsmålene. Vejledningen indeholder også eksempler på, hvordan de spørgsmål, som ikke kan stilles ordret, kan uddybes.

For at sikre, at undersøgelsen bliver så præcis og pålidelig som muligt, vil vi bede om tre ting, nemlig:

- 1) at du gennemlæser denne projektmanual grundigt, inden du gennemfører interview med indsatte,
- 2) at du gør dig umage med at taste spørgeskemaerne korrekt ind på defgo.net, og
- 3) at du retter henvendelse til enten Rikke Bach Jensen, Torsten Bjørn Jacobsen eller Mette Adamsen, såfremt du er i tvivl om et eller andet - hvad enten det drejer sig om interviewfasen, indberetningen af svarerne, status på projektet eller noget helt fjerde. Vi vil MEGET gerne hjælpe!

### Gennemgang af spørgsmålene i screeningsinstrumentet

#### Stamdata

Indsatte er ikke altid klar over tidligere dommes eksakte indhold. Derfor er det nødvendigt at foretage et udtræk af tidligere domme for at se, om indsatte er idømt en psykiatrisk behandlingsdom med eller uden mulighed for indlæggelse eller en anbringelsesdom (jf. Straffelovens § 16, §§68-69, sidste afsnit i manualen). Udtrækket foretages inden interviewet med den indsatte. Udtrækket foretages i Klientssystemet ved at gå ind i fanen filer, hvor oversigt vælges. Her findes den indsatte nuværende og tidligere domme.

#### Spørgsmål vedr. baggrundoplysninger

*Hvad er dit oprindelsesland?*

Definition af oprindelsesland: Oprindelsesland er dannet ud fra følgende regler:

- A) Når begge forældre kendes, defineres oprindelsesland ud fra moderens fødeland, henholdsvis statsborgerskabsland.
- B) Når kun en forælder kendes, defineres oprindelseslandet ud fra dennes fødeland. Hvis dette er Danmark, bruges statsborgerskabslandet.
- C) Når ingen af forældrene kendes, er oprindelseslandet defineret ud fra personens egne oplysninger. Er personen indvandrer, antages det, at oprindelseslandet er lig med fødelandet. Er personen efterkommer, antages det, at oprindelseslandet er lig med statsborgerskabslandet.

Personer med dansk oprindelse er personer - uanset fødested - der har mindst en forælder, der både er dansk statsborger og født i Danmark. Indvandrere er født i udlandet. Ingen af forældrene er danske statsborgere eller født i Danmark. Hvis der ikke findes oplysninger om nogen af forældrene, og personen er født i udlandet, opfattes personen også som indvandrer.

Efterkommere er født i Danmark. Ingen af forældrene er både dansk statsborger og født i Danmark. Hvis der ikke findes oplysninger om nogen af forældrene, og personen er udenlandsk statsborger, opfattes personen også som efterkommer. Når en eller begge forældre, der er født i Danmark, opnår dansk statsborgerskab, vil deres børn ikke blive klassificeret som efterkommere. Fastholder danskfødte forældre imidlertid begge et udenlandsk statsborgerskab, vil deres børn blive klassificeret som efterkommere.

Herunder er kategorierne i spørgsmålet om oprindelsesland uddybet:

Danmark: Danmark, Grønland og Færøerne

EU-land: Belgien, Bulgarien, Cypern, Estland, Finland, Frankrig, Grækenland, Irland, Italien, Letland Litauen, Luxembourg, Malta, Nederlandene, Polen, Portugal, Rumænien, Slovakiet, Slovenien, Spanien, Storbritannien, Sverige, Tjekkiet, Tyskland, Ungarn og Østrig. 3

Øvrige Europa: Albanien, Andorra, Armenien, Aserbajdsjan, Belarus, Bosnien-Herzegovina, Georgien, Liechtenstein, Moldova, Monaco, Norge, Rusland, San Marino, Serbien, Island, Schweiz, Tyrkiet, Rusland, Hvide Rusland, Ukraine, Moldova, Kroatien, Serbien, Kosovo, Makedonien og Kaliningrad.

Asien: Afghanistan, Bahrain, Bangladesh, Bhutan, Burma, Brunei, Cambodja, Filippinerne, Forenede Arabiske Emirater, Indien, Indonesien, Irak, Iran, Israel, Jordan, Japan, Kasakhstan, Kina, Kirgisistan, Kurdistan, Kuwait, Laos, Libanon, Malaysia, Maldiverne, Mongoliet, Myanmar, Nepal, Nordkorea, Oman, Pakistan, Palæstina, Qatar, Saudi-Arabien, Singapore, Sri Lanka, Sydkorea, Syrien, Tadsjikistan, Taiwan, Thailand, Tibet, Turkmenistan, Usbekistan, Vietnam, Yemen, Østtimor.

Oceanien: Australien, Fiji, Kiribati, Marshalløerne, Mikronesien, Nauru, New Zealand, Palau, Papua Ny Guinea, Samoa, Salomonøerne, Tuvalu, Tonga, Vanuatu

### **Spørgsmål vedrørende tidligere kontakt til det psykiatriske system**

Følgende spørgsmål stilles til den indsatte.

Det skal anføres, at henvisning til behandling hos psykiater både dækker ambulans behandling hos speciallæge, distriktspsykiatrisk center og henvendelser i psykiatrisk skadestue.

- 1. Har du nogensinde været henvist til eller været i behandling hos en psykiater?*
- 2. Har du nogensinde været indlagt på en psykiatrisk afdeling?*
- 3. Har du nogensinde været i behandling hos din praktiserende læge eller ved psykolog for psykiske problemer?*
- 4. Har en læge nogensinde sagt til dig, at du lider af skizofreni?*

### **Spørgsmål vedrørende psykisk sygdom**

Følgende spørgsmål stilles ordret.

- 1. I de sidste 30 dage, hvor ofte har du følt håbløshed?*
- 2. I de sidste 30 dage, hvor ofte har du følt, at du ikke var noget værd?*
- 3. Har du indenfor de sidste 12 måneder oplevet, at dine tanker er blevet forstyrret eller kontrolleret af andre mennesker?*

Følgende spørgsmål stilles ikke ordret:

*4. Har den indsatte nogensinde oplevet, at hans/hendes tanker er blevet forstyrret eller kontrolleret af en anden person?*

Dette spørgsmål sigter på at finde det alvorlige symptom for psykose, som kaldes subjektive tankeforstyrrelser. Spørgsmålet kan med fordel stilles som et indirekte spørgsmål, da alle ikke umiddelbart vil svare ja til spørgsmål 3 oven for, selvom de har oplevet tankeforstyrrelser.

*Eksempler*

Man kan fx starte med at spørge:

”Kan du altid tænke helt klart, eller er der noget der forstyrrer dine tanker på en eller anden måde?”

Hvis der svares bekræftende til sidstnævnte spørgsmål, kan man gå videre med at spørge:

”Hvordan føles det?”

Den oplevelse, der søges beskrevet, skal ikke være ”som om”, det skal være en helt overbevisende oplevelse af, at en tanke kan indsættes eller fratages personen.

”Har du altid fuld kontrol over tanker og handling?”

Hvis det ikke er tilfældet, kan man slutte af med at spørge:

”Har du selv nogen forklaring på, at du ikke har kontrol over dine tanker og handlinger?”

Herefter burde spørgsmålet kunne besvares.

*5. Har den indsatte nogensinde haft syns - eller hørelshallucinationer?*

*Eksempler*

Igen begynder man indirekte ved fx at spørge:

”Har du nogensinde hørt lyde eller stemmer, når der ikke var nogen til stede?”

”Eller hører du nogen gange noget, som andre ikke kan høre?”

Uanset om indsatte var påvirket af euforiserende stoffer under hallucinationerne eller ej, skal bekræftende svar for hallucinationer registreres. Hvis ovenstående ikke giver et klart svar, kan man gå videre med et mere indirekte spørgsmål om indsattes oplevelser i dagligdagsmiljøet. Det kan være at symptomerne viser sig tydeligst når den indsatte er alene og overladt til sig selv. Derfor kan en samtale herom være formålstjenlig.

Der indledes ved at spørge:

”Har du været udsat for mærkelige lyde i din opgang eller for at blive generet af dine naboer?”

Herefter kan man følge op ved at spørge om, hvordan lydene har generet den indsatte, hvis det er relevant, samt hvilke lyde der er tale om.

For at afdække eventuelle syns hallucinationer kan man spørge:

”Har du set noget, som andre ikke kunne se eller opleve?”

### **Spørgsmål vedrørende tanker om selvmord**

Manualen fremgår delvis af spørgeskemaet. Der indledes med spørgsmålet vedrørende selvskadende adfærd.

Følgende spørgsmål stilles ordret.

*1. Har du nogensinde gjort skade på dig selv, fordi du havde det dårligt, men ikke for at gøre en ende på livet?*

Dette spørgsmål søger at belyse, om indsatte med vilje har gjort fysisk skade på sig selv, det er ikke kun ”cutting”, men også andre former for direkte selvskade. Der tænkes ikke på stofmisbrug i denne sammenhæng.

Derefter følger et spørgsmål, som kan stilles ordret, hvis det føles passende:

## 2. Har du haft tanker om selvmord?

Hvis man ikke ønsker at stille spørgsmålet ordret, kan man i stedet bruge følgende eksempler:

### Eksempler

”Nogle mennesker har tanker om, at livet ikke er værd at leve. Ikke at de vil gøre en ende på livet, men snarere at det ikke ville gøre noget, hvis de ikke vågnede op igen en morgen. Kender du det?”

Det dækker spørgsmålet om et passivt døds ønske.

Herefter kan man fortsætte med:

”Det kan også være mere alvorligt. Man kan have tanker om, at man vil gøre en ende på livet. Har du nogensinde haft tanker om det?”

Hvis der svares bekræftende, kan man spørge:

”Har du også haft tanker om, hvordan det skulle ske? Har du tidligere forsøgt?” 6

Det er vigtigt at spørge til, hvor tæt på forsøget er, og om der er aktuelle tanker herom.

Hermed dækkes resten af selvmordskategorien.

Hvis indsatte har forsøgt at begå selvmord, men ikke for nylig, som er en af svarkategorierne, (Ja, jeg har planer og/eller forsøgt for nylig), bør det skrives i feltet ’Eventuelle bemærkninger’, så alle tidligere forsøg bliver nævnt. Det er indsattes egen subjektive vurdering, der bestemmer hvad ”for nylig” vil sige.

### Spørgsmål vedr. misbrug

I spørgeskemaet er der en manual til dette afsnit. Har man problemer med at rubricere nye misbrugsstoffer som ketamin, kath, MDMA, o. lign, kan disse anføres under misbrug af andre stoffer.

Herefter er interviewet med indsatte gennemført

Spørgsmål som udfyldes af sygeplejersken efter interviewet

### Spørgsmålet om mental retardering

Sygeplejersken skal skønne, om der er mistanke om, at indsatte kan være mentalt retarderet.

Mental retardering	IQ-niveau	Mental alder (år)
Lettere grad	50-69	9 til under 12
Højere grad	49-0	3 til under 9

Grunden til at vi stiller dette spørgsmål er, at det står nævnt i § 16 stk. 1 og stk. 2. (Jf. afsnittet sidst i manualen). Nedenfor er mental retardering i lettere og højere grad beskrevet.



## Bilag 7: Gennemgang af screeningsinstrumentet til sygeplejerskerne

Nedenfor beskrives de kategorier, der er inddraget i screeningsinstrumentet med en efterfølgende forklaring på udvælgelsen af netop disse.

### Stamdata

(Spørgsmål 4-8):

Spørgsmål om information vedrørende indsattes indsættelsessted og indsættelsestidspunkt er inddraget for at identificere, hvor og hvornår indsatte blev varetægtsfængslet.

### Baggrundsoplysninger

(Spørgsmål 9-18):

Disse spørgsmål er inddraget for at udarbejde en karakteristik af den generelle undersøgelsespopulation. Samtidig er spørgsmålene med til at opfylde undersøgelsens delmål om at tilvejebringe mere dybdegående dokumentation om varetægtsfængslede med psykiske lidelser. Der er derfor spurgt om civilstand, antal børn, oprindelsesland, forældres herkomst, indsattes samlede opholdstid i Danmark, uddannelsesniveau og eksistensgrundlag.

### Spørgsmål vedrørende psykisk sygdom

(Spørgsmål 19)

For at screene for ADHD har den anerkendte skala, ADHD Self Rating Scale (ASRS) (Kessler et al., 2005b), været indlemmet i screeningsinstrumentet. Skalaen består af 18 spørgsmål om hyppighed af ADHD-symptomer, og svarene rates på en svarskala rangerende fra aldrig til altid. ASRS blev valgt, da skalaen er oversat til dansk og er valideret til brug hos voksne (Kessler et al., 2007).

(Spørgsmål 20)

For at screene for psykisk sygdom har en skala, der er inspireret af den anerkendte K6-skala, der tester for svære psykiske lidelser (Kessler et al., 2002) været indlemmet. K6-skalaen har tidligere været anvendt ved befolkningsundersøgelser, hvor forekomsten af psykose er lav. K6-skalaen er derfor valgt, fordi den med sine generelle spørgsmål om symptomer på psykisk sygdom har en bred definition på psykisk lidelser.

### (Spørgsmål 21)

Spørgsmålet om, hvorvidt indsatte har kunnet koncentrere sig om medier i arresthuset, var indlemmet, fordi et grundsymptom på skizofreni er opmærksomhedsforstyrrelser, hvor evnen til delt og vedvarende opmærksomhed er nedsat (Nordentoft & Kjær, 2010). Spørgsmålene om indsattes mediebrug skulle således afdække, om indsatte har kunnet følge med i hverdagsmedier eller kunne være plaget af forstyrrelser.

### (Spørgsmål 22)

Søvnmangel er et indirekte symptom på psykisk sygdom, og det har derfor været relevant at spørge om søvnbesvær i forbindelse med udredningen. Der er således udviklet tre ja/nej-spørgsmål om symptomer på søvnmangel, som er inspireret af 'Hamiltons depressionsskala' (HAM-D<sub>17</sub>). HAM-D er en skala med 17 symptomer for sværhedsgraden af depression, hvor der rates på en svarskala fra 0-4 eller 0-2 efter symptomets alvorlighed. Symptomerne, der beskriver søvnmangel, er indsovningsbesvær, afbrudt søvn og søvnforstyrrelser/tidlig morgenopvågning.

### Tanker om selvmord (spørgsmål 23)

Spørgsmålet om selvmord er inspireret af Sundhedsstyrelsens anbefalinger om selvmordsscreening og af Hamiltons Depressionsskala 17. Spørgsmålet om selvmord er inddraget, da forskning viser, at personer med psykiske lidelser har op mod 10-20 gange højere risiko for at begå selvmord end resten af befolkningen (Nordentoft et al., 2011a). Selvmordstanker kan derfor være en indikation på psykisk sygdom.

### Symptomer på psykose (Spørgsmål 24-25)

Disse spørgsmål er inspireret af Psychosis Screener (PS), der meget specifikt screener for psykose (Degenhardt et al., 2005). For at udnytte spørgsmålene fra PS bedst muligt er de inddraget i spørgekemaet i to versioner. I første version har spørgsmålene fra PS været stillet ordret, mens sygeplejersken selv har formuleret spørgsmålene i anden version. Ud fra de afgivne svar har sygeplejersken dernæst skønnet, hvordan spørgsmålet i screeningsinstrumentet skal besvares bedst i overensstemmelse med det angivne svar. Kombinationen har givet en balance mellem standardiserede svar og svar, hvor sygeplejerskens faglighed har været medinddraget. Inddragelsen af to versioner inspireret af PS i spørgekemaet var et forsøg på at opfange flest mulige med behov for udredning af psykisk sygdom.

### Skønner sygeplejersken at indsatte er sindssyg (Spørgsmål 26)

Spørgsmål hvor sygeplejersken har skønnet hvorvidt indsatte var sindssyg. Spørgsmålet har været inddraget for at få viden om, hvorvidt sygeplejersken på baggrund af spørgeskemaet og sin faglighed kunne vurdere indsatte. I første projektperiode har sygeplejerskerne været undervist i symptomer og sikre tegn på psykose.

### Tidligere kontakt til det psykiatriske system og / eller psykolog (Spørgsmål 27)

Der har været inddraget fire spørgsmål om tidligere kontakt med det psykiatriske eller psykologiske system. Inddragelsen af disse spørgsmål har været inspireret af en undersøgelse med K6 blandt retspsykiatriske patienter, der viste, at tidligere psykiatrisk behandling er en indikator, der kan forbedre screeningsinstrumentets resultater (Swartz, 2008). I en artikel om skizofreni og kriminalitet har det ligeledes været anbefalet, at varetægtsfængslede som minimum bør spørges om tidligere indlæggelse eller kontakt med det psykiatriske system (Munkner et al., 2003).

### **Spørgsmål vedrørende misbrug (Spørgsmål 28-31)**

Der har tidligere været foretaget en Rusmiddelundersøgelse i Kriminalforsorgens regi, hvor indsatte, varetægtsarrestanter samt tilsynsklienter blev interviewet om deres misbrug (Kramp et al., 2003). Der har været anvendt den samme misbrugsopgørelse som i Rusmiddelundersøgelsen, da det har givet mulighed for en vis sammenligning af resultaterne af de to undersøgelser.

Misbrug har været relevant at søge information om i forbindelse med psykisk sygdom, fordi dobbeltdiagnoser er et udbredt fænomen. Dobbeldiagnosebegrebet er en betegnelse for sameksistens af to eller flere psykiatriske lidelser hvoraf en af lidelserne er misbrug.

### **Andet sygeplejerskens skøn (Spørgsmål 33-36)**

- Mistanke om mental retardering
- Mistanke om behandlingskrævende psykisk forstyrrelse eller sygdom
- Skønner sygeplejersken, at indsatte på grund af sin psykiske tilstand har behov for akut vurdering af en psykiater?

Afsluttende har sygeplejerskerne på baggrund af interviewet skønnet, hvorvidt indsatte havde et behandlingsbehov.

## **Bilag 8: Gennemgang af indberetningskemaet til de psykiatriske konsulenter Angivelse af CPR-nummer og tjenestested.**

### **Kan udredningen gennemføres tilfredsstillende?** (Spørgsmål 1)

Spørgsmålet er medtaget for at afklare niveauet for udredning af den indsatte.

### **Er indsatte rask?** (Spørgsmål 2)

Spørgsmålet har skelnet mellem varetægtsarrestanter, der ikke opfyldte nogen kriterier for psykisk sygdom eller forstyrrelse, og de indsatte, der opfyldte disse kriterier. Til trods for, at tobaksafhængighed er en diagnose i ICD-10 (F17), er indsatte, der kun led af tobaksafhængighed, blevet vurderet raske.

### **Konklusion på SCAN-interview** (Spørgsmål 3-8)

Felter omfattede tilstande beskrevet i de seks kapitler, F 00- F60 i ICD-10. De seks kategorier blev udvalgt for at beskrive forekomsten af de væsentligste psykiatriske lidelser blandt varetægtsfængslede.

### **Er tilstanden nævnt i ICD-10s Appendiks 1, og er det en psykose eller en tilstand, der kan ligestilles hermed?** (Spørgsmål 9)

Spørgsmålet belyser, om de stillede diagnoser er omfattet af listen af diagnoser i ICD-10s Appendiks 1. For visse diagnoser er det psykiaterens skøn over de konkrete tilstande, der er afgørende for, om indsatte blev vurderet psykisk syg eller ej.

### **Øvrige konklusioner vedrørende 15-21-årige (DSM IV-TR-diagnoser)** (Spørgsmål 10-13)

Delpopulationen af 15-21-årige er blevet udredt for ADHD, ODD, CD og gennemgribende udviklingsforstyrrelse – autisme spektrum F84. De fire diagnoser er valgt for at afdække de mest almindelige differentialdiagnoser og komorbide tilstande til ADHD blandt unge (Thomsen, 2011b).

### **Øvrige konklusioner vedr. 22+ (personlighedsforstyrrelser, DSM IV-TR-diagnoser)** (Spørgsmål 14-24)

For de indsatte, der var fyldt 22 år, har det været angivet, om indsatte havde en eller flere ud af 13 personlighedsforstyrrelsesdiagnoser fra DSM-IV-TR.

### **Angiv alle diagnoser for den indsatte** (Spørgsmål 25)

Slutteligt var der et diagnosefelt, hvori de stillede diagnoser skulle angives.

## Bilag 9: Bortfaldsanalyse

Screeningsprojektets undersøgelsespopulation er udvalgt efter de kriterier, der fremgår af kapitel 3.3.3 vedrørende inklusions- og eksklusionskriterier.

I dette bilag sammenlignes fordelingen af køn, alder og indsættelsesbaggrund blandt de 672 psykiatrisk udredte varetægtsarrestanter med den samlede undersøgelsespopulation (1.875) for at undersøge, om datamaterialet for de 672 indsatte er repræsentativt for hele undersøgelsespopulationen. Det bemærkes, at denne undersøgelse ikke er sammenholdt med den generelle varetægtspopulation i kriminalforsorgen som helhed.

### Køn

*Tabel 1: Bortfald fordelt på køn. Samtykke.*

Er der forskel på kønsfordelingen blandt de, der giver samtykke til at deltage i undersøgelsen, og de, der ikke ønsker at deltage i undersøgelsen?			Informeret samtykke til deltagelse		I alt
			Ja	Nej	
Køn	Kvinde	Antal	60	46	106
		% af køn	56,6	43,4	100,0
		% af de, der er søgt inkluderet	6,6	4,9	5,7
		% af i alt	3,2	2,5	5,7
	Mand	Antal	856	895	1.751
		% af køn	48,9	51,1	100,0
		% af de, der er søgt inkluderet	93,4	95,1	94,3
		% af i alt	46,1	48,2	94,3
I alt	Antal	916	941	1.857	
	% af køn	49,3	50,7	100,0	
	% af de, der er søgt inkluderet	100,0	100,0	100,0	
	% af i alt	49,3	50,7	100,0	

Chi-i-anden ( $p=0,123$ )

*Tabel 2: Bortfald fordelt på køn. Psykiatrisk udredt.*

Er der forskel på kønsfordelingen blandt de, der bliver psykiatrisk udredt, og de, der ikke bliver psykiatrisk udredt undersøgelsen?			Indsatte, der er søgt inkluderet i undersøgelsen		I alt
			Ikke psykiatrisk udredte	Psykiatrisk udredte	
Køn	Kvinde	Antal	70	36	106
		% af køn	66	34	100,0
		% af de, der er søgt inkluderet	5,9	5,4	5,7
		Mand	Antal	1116	635
	% af køn		63,7	36,3	100,0
	% af de, der er søgt inkluderet		94,1	94,6	94,3
	I alt		Antal	1186	671
		% af køn	63,9	36,1	100,0
% af de, der er søgt inkluderet		100,0	100,0	100,0	

Chi-i-anden ( $p=0,230$ )

Der er ikke signifikant forskel på, hvor stor en andel af de kvindelige og mandlige indsatte, der hhv. til- og fravælger undersøgelsen ved samtykkeafgivelsen. På samme vis er der ikke forskel på ande-

len af indsatte, der bliver hhv. psykiatrisk udredt og ikke-udredt. Det betyder med andre ord, at kønsfordelingen blandt de psykiatrisk udredte indsatte i resultatkapitlet er repræsentativ for hele undersøgelsespopulationen.

### Alder

Opgøres indsattes alder på indsættelsestidspunktet for de, der har givet samtykke til at deltage i undersøgelsen, og de, der ikke ønsker at deltage i undersøgelsen, fremkommer nedenstående tabel.

*Tabel 3. Bortfald fordelt på alder. Samtykke*

<i>Er der forskel på aldersfordelingen blandt de, der giver samtykke til at deltage i undersøgelsen, og de, der ikke ønsker at deltage i undersøgelsen?</i>			Informeret samtykke til deltagelse		I alt
			Ja	Nej	
Alder	14-19 år	Antal	155	203	358
		% af aldersgrupperne	43,3	56,7	100,0
		% af de, der er søgt inkluderet	16,9	21,8	19,4
	20-29 år	Antal	340	357	697
		% af aldersgrupperne	48,8	51,2	100,0
		% af de, der er søgt inkluderet	37,1	38,3	37,7
	30-39 år	Antal	241	194	435
		% af aldersgrupperne	55,4	44,6	100,0
		% af de, der er søgt inkluderet	26,3	20,8	23,6
	40-77 år	Antal	180	177	357
		% af aldersgrupperne	50,4	49,6	100,0
		% af de, der er søgt inkluderet	19,7	19,0	19,3
I alt		Antal	916	931	1.847
		% af aldersgrupperne	49,6	50,4	100,0
		% af de, der er søgt inkluderet	100,0	100,0	100,0

Chi-i-anden ( $p=0,008$ )

Tabellen viser, at der er signifikant forskel på aldersfordelingen blandt de indsatte, der hhv. til- og fravælger at deltage i undersøgelsen. Andelen af 14-19-årige, der fravælger at deltage i undersøgelsen, er således højere end andelen af 14-19-årige, der vælger at deltage i undersøgelsen. Omvendt er andelen af 30-39-årige, der vælger at deltage i undersøgelsen, højere end andelen af 30-39-årige, der fravælger at deltage i undersøgelsen. I forhold til de indsatte, der er 20-29 år eller 40-77 år er andelen af indsatte, der hhv. vælger at deltage eller fravælger at deltage den samme. Det betyder med andre ord, at andelen af unge 14-19-årige er underrepræsenteret i datamaterialet, mens andelen af indsatte, der er mellem 30-39 år er overrepræsenteret i datamaterialet.

Tabel 4: Bortfald fordelt på alder. Psykiatrisk udredt.

			Udredt af psykiater eller ej		Total
			Udredt	Ikke udredt	
Alder i fire kategorier	15-19 år	Antal	107	251	358
		% af aldersgrupperne	29,9%	70,1%	100,0%
		% af de, der er søgt inkluderet	15,9%	21,3%	19,4%
		% af i alt	5,8%	13,6%	19,4%
	20-29 år	Antal	242	455	697
		% af aldersgrupperne	34,7%	65,3%	100,0%
		% af de, der er søgt inkluderet	36,1%	38,7%	37,7%
		% af i alt	13,1%	24,6%	37,7%
	30-39 år	Antal	188	247	435
		% af aldersgrupperne	43,2%	56,8%	100,0%
		% af de, der er søgt inkluderet	28,0%	21,0%	23,6%
		% af i alt	10,2%	13,4%	23,6%
	40-77 år	Antal	134	223	357
		% af aldersgrupperne	37,5%	62,5%	100,0%
		% af de, der er søgt inkluderet	20,0%	19,0%	19,3%
		% af i alt	7,3%	12,1%	19,3%
Total	Antal	671	1176	1847	
	% af aldersgrupperne	36,3%	63,7%	100,0%	
	% af de, der er søgt inkluderet	100,0%	100,0%	100,0%	
	% af i alt	36,3%	63,7%	100,0%	

Chi-i-anden (p=0,001)

### Indsættelsesbaggrund

Samme billede gør sig gældende, såfremt der undersøges for, hvor stor en andel af de indsatte, der har gennemført den psykiatriske udredning. Ud af de i alt 1.875 indsatte, der er søgt inkluderet i screeningsundersøgelsen, er der kun angivet indsættelsesbaggrund for 1.443 indsatte, da denne oplysning kun blev registreret i første projektperiode. Heraf er 1.255 indsat fra fri fod (87 pct.), 151 indsatte (10 pct.) overført fra arresthus eller fængsel, og 28 indsatte (2 pct.) registreret under *andet*. De 28 indsatte, som er registreret under *andet*, omfatter bl.a. en indsat fra en psykiatrisk afdeling, indsatte fra udlandet samt afsonere, som er varetægtsfængslede på ny. Opgøres indsættelsesbaggrunden dernæst på de 671 indsatte, som udgør den undersøgelsespopulation, som resultatafsnitet bygger på, er der angivet indsættelsesbaggrund for 466 indsatte, som alle er fra første projektperiode. Heraf er 396 indsatte indsat fra fri fod (85 pct.), 62 indsatte (13 pct.) er overført fra arresthus eller fængsel og 8 indsatte (2 pct.) er registreret under *andet* jf. ovenstående figur. De 8 indsatte, der er beskrevet under *andet*, er indsat fra psykiatriske afdelinger, sikrede institutioner og indsatte, der har afsonet i hjemmet med elektronisk fodlænke (IO). Der er ikke signifikant forskel på indsættelsesbaggrunden blandt indsatte, der vælger eller fravælger at deltage i undersøgelsen, Chi-i-anden (P=0,278).

## Bilag 10: Retsplejelovens kapitel 70

### Varetægtsfængsling

§ 762. En sigtet kan varetægtsfængsles, når der er begrundet mistanke om, at han har begået en lovovertrædelse, som er undergivet offentlig påtale, såfremt lovovertrædelsen efter loven kan medføre fængsel i 1 år og 6 måneder eller derover, og

- 1) der efter det om sigtedes forhold oplyste er bestemte grunde til at antage, at han vil unddrage sig forfølgningen eller fuldbyrdelsen, eller
- 2) der efter det om sigtedes forhold oplyste er bestemte grunde til at frygte, at han på fri fod vil begå ny lovovertrædelse af den foran nævnte beskaffenhed, eller
- 3) der efter sagens omstændigheder er bestemte grunde til at antage, at sigtede vil vanskeliggøre forfølgningen i sagen, navnlig ved at fjerne spor eller advare eller påvirke andre.

*Stk. 2.* En sigtet kan endvidere varetægtsfængsles, når der foreligger en særligt bestyrket mistanke om, at han har begået

- 1) en lovovertrædelse, som er undergivet offentlig påtale, og som efter loven kan medføre fængsel i 6 år eller derover, og hensynet til retshåndhævelsen efter oplysningerne om forholdets grovhed skønnes at kræve, at sigtede ikke er på fri fod, eller
- 2) en overtrædelse af [straffelovens § 119, stk. 1](#), [§ 123](#), [§ 134 a](#), [§ 192 a, stk. 2](#), [§ 218, stk. 1](#), [§ 222](#), [§§ 224](#) eller [225](#), jf. [§ 218, stk. 1](#), eller [§ 222](#), [§ 235, stk. 1](#), [§§ 244-246](#), [§ 250](#) eller [§ 252](#) eller en overtrædelse af [straffelovens § 232](#) over for et barn under 15 år, såfremt lovovertrædelsen efter oplysningerne om forholdets grovhed kan ventes at ville medføre en ubetinget dom på fængsel i mindst 60 dage og hensynet til retshåndhævelsen skønnes at kræve, at sigtede ikke er på fri fod.

*Stk. 3.* Varetægtsfængsling kan ikke anvendes, hvis lovovertrædelsen kan ventes at ville medføre straf af bøde eller fængsel i højst 30 dage, eller hvis frihedsberøvelsen vil stå i misforhold til den herved forvoldte forstyrrelse af sigtedes forhold, sagens betydning og den retsfølge, som kan ventes, hvis sigtede findes skyldig.

I § 762, stk. 3 er hæfte ændret til fængsel i højst 30 dage fra d. 01.07.2001, jfr. [lov nr. 433 af 31.05.2000](#)

I § 762, stk. 2, 2) er der indsat henvisning til § 134 a ved § 2 i [lov nr. 380 af 06.06.2002](#) - fra d. 07.06.2002

§ 762, stk. 2, nr. 2 er ændret ved § 1.1 i [lov nr. 499 af 17.06.2008](#) fra d. 01.07.2008. I § 762, stk. 2, nr. 2, indsættes efter »§ 134 a,«: »§ 218, stk. 1, § 222, §§ 224 eller 225, jf. § 218, stk. 1, eller § 222, § 235, stk. 1,«.

§ 762, stk. 2, nr. 2 er ændret ved § 1.2 i [lov nr. 499 af 17.06.2008](#) fra d. 01.07.2008. I § 762, stk. 2, nr. 2, indsættes efter »§ 252«: »eller en overtrædelse af straffelovens § 232 over for et barn under 15 år«.

§ 762, stk. 2, nr. 2 er ændret ved § 2.1 i [lov nr. 500 af 17.06.2008](#) fra d. 01.07.2008. I § 762, stk. 2, nr. 2, indsættes efter »§ 134 a,«: »§ 192 a, stk. 1,«.

§ 762, stk. 2, nr. 2 er ændret ved § 2.1 i [lov nr. 501 af 12.06.2009](#) fra d. 15.06.2009. I § 762, stk. 2, nr. 2, ændres »§ 192 a, stk. 1« til: »§ 192 a, stk. 2«.



## Bilag 11: Appendiks

Resultater for den binære logistiske regressionsmodel af psykiaternes diagnose forklaret af screeningsinstrumentet.

**Tabel A1. Resultater fra logistisk regressionsanalyse af screeningsinstrumentet på om den indsatte er diagnosticeret mental syg eller ej.**

Variabler fra screeningsinstrumentet	Log-odds ratio	Standard fejl	Signifikans
Konstantled	-0,050	1,370	0,971
Skønner sygeplejersken, at indsatte er sindssyg (psykotisk)?	2,381	0,568	0,000
Har indsatte nogensinde haft syns- eller hørelshallucinationer?	0,712	0,222	0,001
Hvad er indsattes uddannelse? (den højest opnåede angives)	-0,485	0,193	0,012
Har du tanker om selvmord? (semistruktureret)	0,575	0,276	0,037
Interview efter mere end én dages indsættelse	1,390	0,565	0,014
Har du nogensinde været indlagt på en psykiatrisk afdeling?	0,890	0,461	0,053
Har en læge nogensinde sagt til dig, at du lider af skizofreni?	1,803	0,496	0,000

N = 629. Pseudo  $R^2 = 0,41$ . Hvis modellen kun estimeres for dem, der har været indsatte i mindst et døgn, øges modellens forklaringsgrad til 0,42. Til gengæld falder antallet af observationer til 440.

**Tabel A2. Uddannelsesniveaue for de indsatte, der indgår i den statistiske analyse.**

Uddannelse	Antal	Frekvens %
Ingen uddannelse	122	18,9
Afsluttet grundskolen	290	45,0
Erhvervsuddannelse	141	21,9
Erhvervs gymnasial uddannelse	15	2,3
Gymnasial uddannelse	32	5,0
Kort videregående uddannelse	17	2,6
Mellemlang videregående uddannelse	17	2,6
Lang videregående uddannelse	10	1,6
I alt	644	100,0

**Tabel A3. Falske negative og positive diagnoser i figur 5.13.**

Afskæringstærskel	Falske positive (andel ud af raske = 485)	Falske negative (andel ud af syge = 45)
0,01	402 (0,83)	1 (0,02)
0,05	190 (0,39)	3 (0,05)
0,09	99 (0,20)	8 (0,15)
0,13	57 (0,12)	12 (0,22)
0,17	30 (0,06)	18 (0,33)
0,21	29 (0,06)	19 (0,35)
0,25	27 (0,06)	19 (0,35)
0,29	23 (0,05)	19 (0,35)
0,33	20 (0,04)	21 (0,38)
0,37	16 (0,03)	22 (0,40)
0,41	12 (0,02)	23 (0,42)
0,45	11 (0,02)	27 (0,49)
0,49	9 (0,02)	29 (0,52)
0,53	4 (0,01)	32 (0,58)
0,60	1 (0,00)	36 (0,80)

Tallene er baseret på de data, der indgår i den multivariate logistiske regressionsmodel, jf. tabel 5.17.

## Bilag 12. Køn- og aldersfordelinger

### 1. Køn

I 2010 blev der i alt foretaget 14.469 nyindsættelser i Kriminalforsorgens fængsler og arresthuse. Heraf var 13.326 mænd (92 pct.) og 1.143 kvinder (8 pct.). I 2011 blev der i alt foretaget 13.946 nyindsættelser i fængsler og arresthuse. Heraf var 12.785 (91 pct.) mænd og 1.161 (9 pct.) kvinder.

Såfremt kønsfordelingen opgøres for varetægtsarrestanter på Københavns Fængsler en tilfældig dag viser udtræk fra Kriminalforsorgens Klientsystem, at der den 14. februar 2012 var 28 kvinder (12,1 pct.) og 203 mænd (87,9 pct.), mens kønsfordelingen blandt samtlige varetægtsarrestanter i Kriminalforsorgens institutioner som helhed var 72 kvinder (7,4 pct.) og 903 mænd (92,6 pct.) den pågældende dag. Andelen af kvinder i Vestre Fængsel er med andre ord væsentlig højere end andelen af kvinder i kriminalforsorgens institutioner som helhed.

*Kønsfordeling i populationen af indsatte, som har deltaget i screeningsprojektet*

	<b>Antal</b>	<b>Procent</b>	<b>Kumuleret procent</b>
<b>Kvinder</b>	37	5,5	5,5
<b>Mænd</b>	635	94,5	100,0
<b>Total</b>	672	100,0	

*Kønsfordelingen i undersøgelsespopulationen fordelt på psykisk sygdom*

<b>Køn</b>	<b>Ikke psykotisk</b>		<b>Psykotisk</b>		<b>I alt</b>	
	n	%	n	%	n	%
<b>Kvinder</b>	34	6	3	6	37	5,5
<b>Mænd</b>	584	95	51	94	635	94,5
<b>I alt</b>	618	100	54	100	672	100

*Kønsfordeling i varetægtspopulationen i Kriminalforsorgens institutioner den 14.02 2012*

	<b>Antal</b>	<b>Procent</b>	<b>Kumuleret procent</b>
<b>Kvinder</b>	72	7,4	7,4
<b>Mænd</b>	903	92,6	100,0
<b>I alt</b>	975	100,0	

*Kønsfordelingen i varetægtspopulationen på Københavns Fængsler den 14.02 2012*

	<b>Antal</b>	<b>Procent</b>	<b>Kumuleret procent</b>
<b>Kvinder</b>	28	12,1	12,1
<b>Mænd</b>	203	87,9	100,0
<b>Total</b>	231	100,0	

## 2. Alder

Såfremt aldersfordelingen opgøres for samtlige varetægtsarrestanter i Kriminalforsorgens institutioner en tilfældig dag eller udelukkende for varetægtsarrestanter på Københavns Fængsler en tilfældig dag er aldersfordelingen således:

*Aldersfordelingen i varetægtspopulationen på KF den 14.02 2012*

<b>Alder</b>	<b>Antal</b>	<b>Procent</b>	<b>Akkumuleret procent</b>
Under 18 år	1	0,4	,4
18-19 år	20	8,7	9,1
20-24 år	44	19,0	28,1
25-29 år	39	16,9	45,0
30-34 år	32	13,9	58,9
35-39 år	33	14,3	73,2
40-44 år	24	10,4	83,5
45-49 år	13	5,6	89,2
50-59 år	16	6,9	96,1
60-69 år	8	3,5	99,6
70 år og derover	1	0,4	100,0
I alt	231	100,0	

*Aldersfordeling i den totale varetægtspopulation den 14.02 2012*

<b>Alder</b>	<b>Antal</b>	<b>Procent</b>	<b>Akkumuleret procent</b>
Under 18 år	3	,3	,3
18-19 år	72	7,4	7,7
20-24 år	191	19,6	27,3
25-29 år	170	17,4	44,7
30-34 år	137	14,1	58,8
35-39 år	146	15,0	73,7
40-44 år	98	10,1	83,8
45-49 år	71	7,3	91,1
50-59 år	65	6,7	97,7
60-69 år	16	1,6	99,4
70 år og derover	6	,6	100,0
Total	975	100,0	

## Bilag 13: Forældres herkomst, indsattes samlede opholdstid i Danmark forud for den aktuelle indsættelse og oprindelsesland

Tabel 1: Forældres herkomst

Forældres herkomst	Ikke psykisk syg		Psykisk syg		I alt	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
n= 467						
Begge forældre født i Danmark	254	59	14	40	268	57
En forælder født i udlandet	58	13	6	17	64	14
Begge forældre født i udlandet	120	28	15	43	135	29
I alt	432	100	35	100	467	100

Det fremgår af tabellen, at 56 % af de psykiatrisk udredte indsatte har besvaret spørgsmålet om deres forældres herkomst (467 indsatte), heraf har 268 indsatte angivet, at begge deres forældre er født i Danmark (57 %), mens kun den ene forælder er født i Danmark for så vidt angår 64 indsatte (14 %) og begge forældre til 135 indsatte er født i udlandet (29 %). Grupperes forældrenes herkomst efter, om begge forældre er født i Danmark versus om en eller begge forældre er født i udlandet, er der i lighed med analyserne vedrørende indsattes oprindelsesland signifikant forskel mellem psykisk syge indsatte og ikke psykisk syge indsatte. Chi-i-anden test ( $p=0,031$ ).

Tabel 2: Samlet opholdstid i Danmark før aktuelle indsættelse

Samlet opholdstid	Ikke psykisk syg		Psykisk syg		I alt	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
n=669						
Over 10 år	416	96	33	92	449	96
Mellem 5 og 10 år	14	3	1	3	15	3
Under 5 år	3	1	2	6	5	1
I alt	433	100	36	100	469	100

Det fremgår af tabellen, at 669 af de psykiatrisk udredte indsatte har besvaret spørgsmålet om deres samlede opholdstid i Danmark (99,6 %). Heraf har 449 indsatte opholdt sig i Danmark i mere end 10 år (96 %), 15 indsatte har opholdt sig i Danmark mellem 5 og 10 år (3 %) og 5 indsatte opholdt sig i Danmark under 5 år (1 %). Det er ikke muligt at gruppere besvarelsenerne for denne variable, således at kriterierne for Chi-i-anden-testet er opfyldt.

(Se oplysninger om oprindelseslandet på næste side).

Tabel 3: Oprindelsesland

Oprindelsesland/kontinent	Ikke psykisk syg		Psykisk syg		I alt	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
n=671						
Danmark	461	75	30	56	491	73
EU-land	12	2	2	4	14	2
Øvrige Europa	31	5	2	4	33	5
Afrika	30	5	4	7	34	5
Nordamerika	0	0	1	2	1	0
Syd - og Mellemamerika	4	1	1	2	5	1
Asien	71	12	13	24	84	13
Statsløs	7	1	0	0	7	1
Uoplyst	1	0	1	2	2	0
I alt	617	100	54	100	671	100

Af tabellen fremgår, at 491 af de psykiatrisk udredte indsatte er fra Danmark (73 pct.), 173 er fra andre lande end Danmark (26 pct.), 7 er statsløse (1 pct.) og 2 er uoplyst (0 pct.). Ud af de indsatte med oprindelsesland i Danmark og oprindelsesland i det øvrige Europa har 6,1 pct. en psykisk sygdom. Blandt indsatte med oprindelsesland i Afrika er andelen 11,8 pct. og blandt indsatte med oprindelsesland i Asien<sup>53</sup> er 15,5 pct. psykisk syge.

<sup>53</sup> Kategorien Asien omfatter følgende lande: Afghanistan, Bahrain, Bangladesh, Bhutan, Burma, Brunei, Cambodja, Filippinerne, Forenede Arabiske Emirater, Indien, Indonesien, Irak, Iran, Israel, Jordan, Japan, Kasakhstan, Kina, Kirgisistan, Kurdistan, Kuwait, Laos, Libanon, Malaysia, Maldiverne, Mongoliet, Myanmar, Nepal, Nordkorea, Oman, Pakistan, Palæstina, Qatar, Saudi-Arabien, Singapore, Sri Lanka, Sydkorea, Syrien, Tadsjikistan, Taiwan, Thailand, Tibet, Turkmenistan, Usbekistan, Vietnam, Yemen, Østtimor.

## Bilag 14: Uddannelse og eksistensgrundlag

Tabel: Uddannelsesniveau (den højest opnåede er angivet).

Uddannelse	Ikke psykisk syg		Psykisk syg		I alt	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
n=671						
Uafsluttet grundskole	109	18	21	39	130	19
Grundskole	273	44	28	52	301	45
Almengymnasial uddannelse	33	5	0	0	33	5
Erhvervsgymnasial uddannelse	15	2	1	2	16	2
Erhvervsuddannelse	142	23	3	6	145	22
Kort videregående	17	3	0	0	17	3
Mellemlang videregående	17	3	1	2	18	3
Lang videregående	10	2	0	0	10	2
Uoplyst	1	0	0	0	1	0
I alt	617	100	54	100	671	100

Tabel: Eksistensgrundlag

Eksistensgrundlag	Ikke psykisk syg		Psykisk syg		I alt	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
n=669						
Arbejdsindkomst, selvstændig	41	7	1	2	42	6
Arbejdsindkomst, lønmodtager	117	19	3	6	120	18
Statens uddannelsesstøtte (SU)	34	6	2	4	36	5
Revalideringsydelse	5	1	0	0	5	1
Førtidspension, folkepension (inkl. forskud)	42	7	11	21	53	8
Arbejdsløshedsunderstøttelse	16	3	0	0	16	2
Sygedagpenge	23	4	1	2	24	4
Kontanthjælp, aktiveringsydelse	222	36	28	53	250	37
Lømmepenge	13	2	0	0	13	2
Ingen indtægt	57	9	3	6	60	9
Uoplyst	2	0	0	0	2	0
Andet	44	7	4	8	48	7
I alt	616	100	53	100	669	100

## Bilag 15: Mental retardering

Det kræver en omfattende mentalundersøgelse (som ligger udover den anvendte psykiatriske udredningsprocedure) at give en fyldestgørende konklusion på, hvorvidt der foreligger mental retardering<sup>54</sup> hos en person. Da det hverken var fordelagtigt at øge den i forvejen lange udredningstid i projektet eller at stille diagnoser uden en fyldestgørende undersøgelse, blev det besluttet, at undersøgelsespopulationen ikke skulle udredes for mental retardering. På trods af denne beslutning blev diagnoser vedrørende mental retardering dog noteret hos de indsatte, hvor tidligere sagsakter fastslog, at der forelå en diagnose inden for mental retardering. Projektets psykiatere gjorde sundhedspersonalet på Vestre Fængsel opmærksomme på de indsatte, hvor der forelå diagnoser inden for mental retardering samt på de indsatte, som projektets psykiatere havde mistanke om at være mental retarderede på baggrund af den psykiatriske udredning. Blandt de indsatte i undersøgelsespopulationen, hvor der er indhentet tidligere sagsakter, er fem indsatte tidligere diagnosticeret med en diagnose inden for mental retardering.

---

<sup>54</sup> I ICD-10 angivet under F70-79: Mental retardering





Direktoratet for Kriminalforsorgen

Strandgade 100

1401 København K

Telefon 72 55 55 55

[dfk@kriminalforsorgen.dk](mailto:dfk@kriminalforsorgen.dk)

ISBN: 978-87-90581-98-5

e-ISBN:978-87-90581-99-2