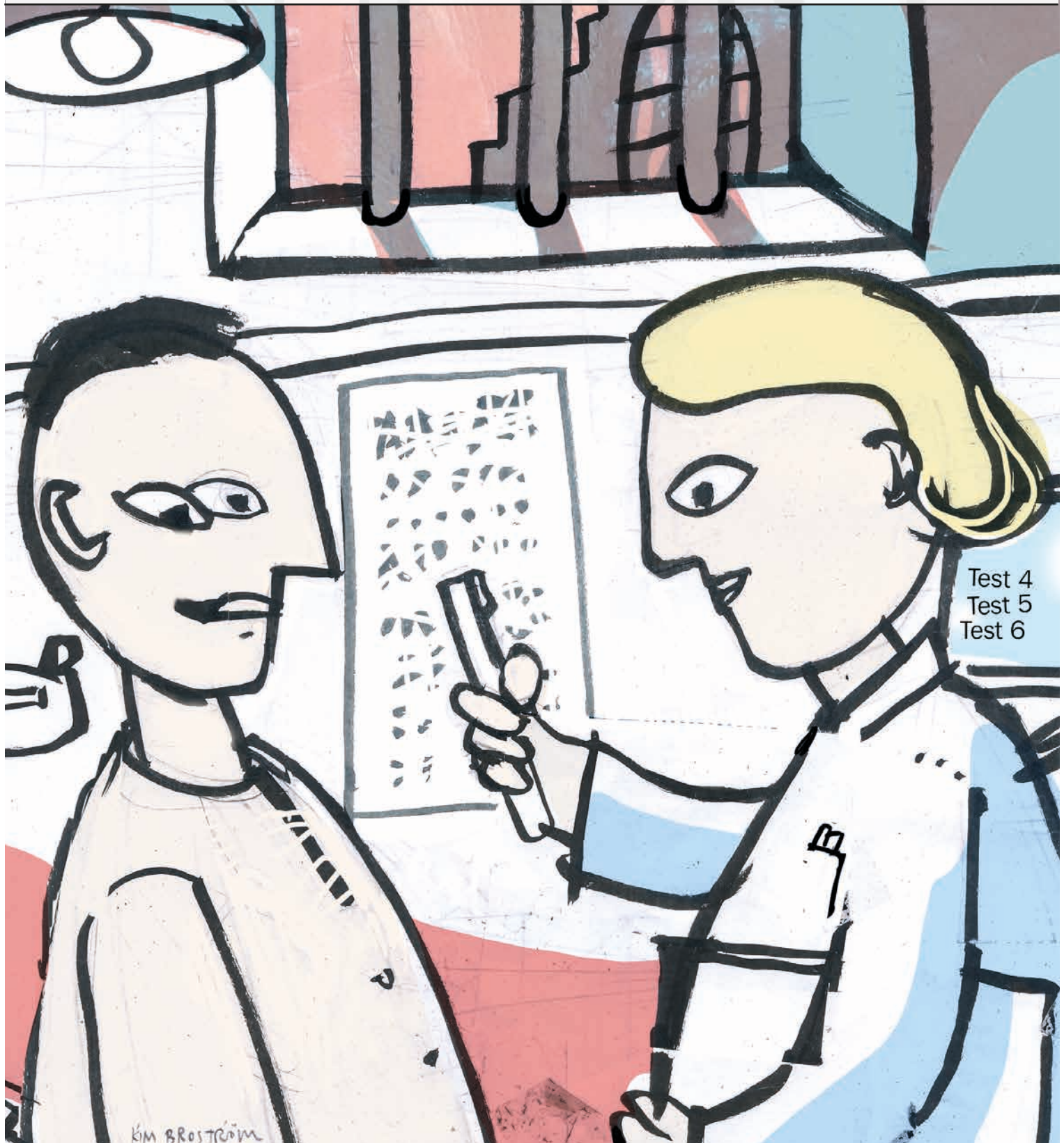


Screening af indsatte for somatiske sygdomme

- en undersøgelse af Kriminalforsorgens sundhedsbetjening og de indsattes helbredstilstand



Test 4
Test 5
Test 6

Screening af indsatte for somatiske sygdomme

– en undersøgelse af Kriminalforsorgens sundhedsbetjening
og de indsattes helbredstilstand

© Direktoratet for Kriminalforsorgen, 2015
Alle rettigheder forbeholdt

Rapporten er udarbejdet af:
Natalia Bien
Knud Christian Christensen
Peter Løvgreen

Forsideillustration: Kim Broström
Produktion: Ægir/Koefoed
1. udgave, 1. oplag 2015

ISBN: 978-87-93154-12-4
e-ISBN: 978-87-93154-13-1

Indholdsfortegnelse

Forord	5
Abstract	6
Resumé af rapportens væsentligste resultater og anbefalinger	7
Resultater vedr. effekten af et generelt helbredstjek ved indsættelsen	7
Resultater vedr. sygeplejerskernes screening	8
Hovedfund vedr. sygdomsforekomst blandt Kriminalforsorgens klientel	9
Rapportens væsentligste anbefalinger	10
Kapitel 1	
Indledning	
1.1 Baggrund for undersøgelsen	11
1.2 Undersøgelsens formål	12
1.3 Læsevejledning	12
Kapitel 2	
Sundhedsbetjeningen i Kriminalforsorgen.	13
2.1 Sundhedsbetjeningen før januar 2015	13
2.1.1 Sundhedspersonale i Kriminalforsorgens institutioner	14
2.1.2 Klager over sundhedspersonalet	14
2.1.3 Kontakt til sundhedspersonalet	15
2.2 Sundhedsbetjeningen i fængsler fra januar 2015	15
Kapitel 3	
Screening	16
3.1 Litteratursøgning	16
3.1.1 Hvad er screening – og er screening altid godt?	17
3.1.2 Screening blandt fængselspopulationer ...	18
Kapitel 4	
Projektets gennemførelse – hvor, hvornår og hvordan?	19
4.1.1 Projektpersonale og tjenestesteder	19
4.1.2 Projektperioden	19
4.1.3 Inklusionskriterier	19
4.1.4 Eksklusionskriterier	20
4.1.5 Fremgangsmåde	20
4.1.6 Indhold af screeningssamtalen og den lægelige konsultation	21
4.1.7 Tidsfrister og inklusionstider	21
4.1.8 Registrering af data til projektet	21
4.2 Kontrolgruppen	21
Kapitel 5	
Ethiske overvejelser og sikring af deltagernes rettigheder	22
5.1 Frivillig deltagelse	22
5.2 Deltagerinformation og informeret samtykke ..	23
5.3 Anonymitet og tavshedspligt	23
5.4 Ret til aktindsigt	23
5.5 Datatilsynet	23
Kapitel 6	
Undersøgelsens populationer	24
6.1 Baggrundsoplysninger om deltagergruppen ..	24
6.1.1 Bortfaldet i projektet	25
6.1.1.1 Årsager til bortfald	26
6.2 Sammenligning af deltagergruppen og kontrolgruppen	27
6.3 Kan projektets resultater generaliseres? ...	28
Kapitel 7	
Statistisk metode	29
7.1 Undersøgelsesspørgsmål 1. Opdages flere betydende somatiske sygdomme?	29
7.1.1 Styrkeberegning	30
7.2 Undersøgelsesspørgsmål 2. Klassificerer sygeplejerskerne de indsatte korrekt?	30
7.2.1 Spørgsmålenes selvstændige bidrag til klassificeringen	31
7.3 Undersøgelsesspørgsmål 3. Hvad karakteriserer de indsatte somatiske helbredstilstand?	31
Kapitel 8	
Usikkerheder omkring data og rapportens begrænsninger	31
8.1 Sammenligneligheden af sygdomsfund i deltagergruppen og kontrolgruppen	31
8.2 Sammenligneligheden af lægernes registreringer	32
8.2.1 De konkrete ICPC-2 DK diagnoser	32
8.3 Screeningssamtalens forløb i praksis	32
8.4 Rapportens begrænsninger	32
Kapitel 9	
Har generelle helbredsundersøgelser i Kriminalforsorgen effekt?	33
9.1 Opdages der mere sygdom?	34
9.2 Findes der mere betydende sygdom?	36
9.3 Mere om sygdomsforekomst i kontrol- og deltagergruppen	37
9.3.1 Smitsomme sygdomme	39
9.4 Opsummering	40

Kapitel 10

Sætter det anvendte spørgeskema sygeplejerskerne i stand til at screene de indsatte? . . . 42

- 10.1 Overensstemmelse mellem sygeplejerskernes og lægernes vurdering af behov for lægeligt tilsyn 42
 - 10.1.1 Analyse af sygeplejerskernes type I fejl . . 44
 - 10.1.2 Analyse af sygeplejerskernes type II fejl . . 45
- 10.2 Overensstemmelse mellem sygeplejerskernes og lægernes vurdering af enkelte lidelsestypers forekomst 46
- 10.3 Hvad karakteriserer de personer, som sygeplejerskerne fejlvurderer? 47
 - 10.3.1 Baggrundsfaktorer 47
 - 10.3.2 Diagnosetyper 48
 - 10.3.3 Diagnosernes alvorlighed 49
- 10.4 Opsummering 50

Kapitel 11

Hvilke sygdomme forekommer blandt Kriminalforsorgens klientel? 52

- 11.1 Sygdomsforekomst 52
- 11.2 Alvorlighed 54
- 11.3 Nyindsatte med tegn på vold 55
 - 11.3.1 Konkrete fund 55
- 11.4 Opsummering 56

Kapitel 12

Afsluttende bemærkninger og anbefalinger 58

- 12.1 Bør Kriminalforsorgen indføre et generelt helbredstjek af alle nyindsatte? 58
- 12.2 Bør sygeplejersker forestå screening i Kriminalforsorgen? 59
 - 12.2.1 Kan en screening af Kriminalforsorgens indsatte nogensinde blive pålidelig? 60
- 12.3 Opsummering og anbefalinger til det videre arbejde 61

Litteraturliste 63

- Rapporter og artikler 63
- Lovstof 64
- Bilagsfortegnelse 66

Supplerende til kapitel 4 om projektets gennemførelse

- Bilag 1. Registreringsskema 1. Konklusion på screeningsamtale sygeplejerske 66
- Bilag 2. Registreringsskema 2. Konklusion konsultation – læge 73
- Bilag 3. Registreringsskema 3. Konklusion 3 mdr. efter konsultation – læge 77
- Bilag 4. Registreringsskema 4. Oplysninger vedr. kontrolgruppen 79
- Bilag 5. Tidsfrister og inklusionstider i projektet . 82

- Bilag 6. ICPC-2 DK diagnosekodekort 84
- Bilag 7. Overordnet beskrivelse af ICPC-2 DK hovedgrupperne 86

Supplerende til kapitel 6 om undersøgelsens population:

- Bilag 8. Baggrundsoplysninger deltagergruppen 87
- Bilag 9. Bortfald 88
- Bilag 10. Sammenligneligheden af deltagergruppen og kontrolgruppen 90
- Bilag 11. Vægtning af data – deltagergruppe lig kontrolgruppe 91
- Bilag 12. Sammenligneligheden af deltagergruppen, kontrolgruppen og alle indsatte i fængsler og arresthuse. 92
- Bilag 13. Vægtning af data – deltagergruppen og kontrolgruppen lig alle indsatte i fængsler og arresthuse. 93

Supplerende til kapitel 9 om helbredsundersøgelsernes effekt:

- Bilag 14. Antal diagnoser pr. person pr. hovedgruppe. Fordelt på kontrolgruppe og deltagergruppe 94
- Bilag 15. De registrerede diagnosers placering i alvorlighedsindekset. 96
- Bilag 16. Sammenhæng mellem lægernes konklusion og alvorlighedsindekset 105
- Bilag 17. Enkeltdiagnoser der er fundet signifikant flere af i deltagergruppen sammenlignet med kontrolgruppen. Sorteret efter hovedgruppe. 106

Supplerende til kapitel 10 om resultatet af sygeplejerskernes screening:

- Bilag 18. Sammenhængen mellem lægernes og sygeplejerskernes konklusion. Eksklusiv Arresthuset i Århus. 108
- Bilag 19. Output faktoranalyse, sygeplejerskernes screeningskema 109
- Bilag 20. Slutmodel logistisk regressionsanalyse af sygeplejerskernes type I fejl 112
- Bilag 21. Slutmodel logistisk regressionsanalyse af sygeplejerskernes type II fejl. 112
- Bilag 22. Slutmodel logistisk regressionsanalyse af sygeplejerskernes korrekte vurdering . . 113
- Bilag 23. Andelen af korrekt vurderede, type I og type II fejl. Fordelt på tjenestested . . 114

Supplerende til kapitel 12 om afsluttende bemærkninger og anbefalinger:

- Bilag 24. Andelen af indsatte i kontrolgruppen, der har kontakt til sundhedspersonalet under en given indsættelse 114

Forord

I denne rapport præsenteres resultaterne af projektet *“Screening af indsatte for somatiske sygdomme”*. Projektet er iværksat på baggrund af anbefalinger fra Europarådets Komité til Forebyggelse af Tortur og finansieret af satspuljemidler på sundhedsområdet.

Da der er tale om et sundhedsvidenskabeligt forskningsprojekt, har Den Videnskabetiske Komité for Region Hovedstaden vurderet og godkendt designet og de anvendte projektmaterialer, inden undersøgelsen blev iværksat¹.

Undersøgelsen ville dog aldrig være blevet til, hvis ikke det var for de indsatte og personalet på de fire projektinstitutioner. En særlig tak skal derfor lyde til alle de indsatte, der i projektperioden har indvilliget i at bruge tid og energi på at deltage i samtalerne med både sygeplejersker og læger – vi har gjort os nogle vigtige erfaringer på denne baggrund.

Også en stor tak til sygeplejerskerne Annette Huber, Birgit Møller, Birthe Pedersen Jakobsen, Jette Siiger Hansen, Kirsten Johannesen, Lone Rasmussen og Marianne Outzen for med stor omhu og dygtighed at varetage screeningssamtalerne og alle de øvrige opgaver, som projektet har kastet af sig. Endelig vil vi også gerne sige mange tak til

lægerne Ejner Kjær, Erling Frederiksen, Ole Winkel, Peter Lebech og Søren Faurschou for jeres store og uundværlige indsats i projektet.

Den overordnede projektledelse er blevet varetaget af en projektgruppe i Direktoratet for Kriminalforsorgen, der ligeledes har forestået analyserne af det materiale, der er blevet indsamlet på de fire projektinstitutioner. Gruppen består af projektansvarlig og sociolog Hans Monrad Graunbøl, projektleder og sociolog Natalia Bien, koordinerende forsøgsansvarlig, tidligere overlæge på Københavns Fængsler og lægefaglig konsulent for Direktoratet for Kriminalforsorgen Knud Christian Christensen samt metodekonsulent og statistiker Peter Løvgreen.

Til den statistiske analyse af sygeplejerskernes vurdering af de indsattes helbred har projektgruppen fået kyndig hjælp af professor i kvantitativ sociologi ved Københavns Universitet, Anders Holm.

Vi håber, at projektet vil bibringe læserne ny, interessant og brugbar viden om både de indsattes helbredsforhold og om tilrettelæggelsen af den sundhedsmæssige betjening i Kriminalforsorgen.

*Direktoratet for Kriminalforsorgen
August 2015*

Abstract

The purpose of the somatic screening project is to investigate whether a medical examination of all new prisoners will reveal more serious somatic disorders than if health professionals do not automatically examine all such persons when they are imprisoned. The purpose is also to determine whether the Prison and Probation Service nurses are able to perform an initial screening of prisoners and correctly assess whether the prisoners need medical attention.

The study is the only one of its kind conducted in Denmark and one of only few conducted internationally. The effect of health screening prisoners in prisons and detention centres has not previously been studied in Denmark, nor has any extensive studies been conducted to determine whether nurses and doctors make the same assessment of prisoners' need for medical attention. Finally, the study contributes new knowledge about the general health of prisoners in Denmark.

The study is based on a quasi-experimental design. The screened group consists of all persons imprisoned in two prisons and two detention centres in Denmark in the course of a 12-month period from 2012 to 2013. The members of this group participated in a screening interview with a nurse and a project consultation with a general practitioner. The screened group consists of 673 persons. Information about the control group was collected from existing medical records from the same four institutions. The control group consists of 678 persons.

The effect of introducing a general medical health check of all new prisoners is assessed by determining which specific ICPC-2-DK diagnoses the GPs made in the screened group and the control group and examining how the GPs generally assessed the health of the prisoners in the two groups. The study showed that when all new prisoners were

examined by a GP, a significantly higher number of prisoners were registered as having both persistent and infectious diseases as well as disorders impairing life quality or function than if prisoners primarily had to request contact with health professionals themselves. However, the number of prisoners registered as having life-threatening diseases was not higher: there were only a very small number of prisoners with such severe diseases in both the screened group and the control group.

The quality of screening by nurses was assessed by calculating the percentage of type I and type II errors. Logistical regression analysis was also performed to determine which questions of the screening tool contributed to either incorrect or correct assessments being made. The study reveals relatively marked deviations between the assessments of GPs and nurses of whether prisoners needed to be seen by a doctor, with an error rate among the nurses in the project of 31 per cent type I errors and 30 per cent type II errors. Logistical regression analysis showed that it was not possible to establish any strong prediction model for nurse type I or type II errors. As a result, the information in the screening tool was of very limited use in explaining when errors were made and in which cases.

The project findings results in the recommendation that persons committed to the prisons of the Danish Prison and Probation Service should be offered a general health examination, and that such examination should be performed by a GP rather than a nurse or a person who is not a health professional. It is also recommended that the financial implications of introducing a medical screening scheme be examined to ensure that the costs of the contemplated model are commensurate with the benefits of screening.

Resumé af rapportens væsentligste resultater og anbefalinger

I perioden 2012 – 2013 har der på baggrund af anbefalinger fra Europarådets Komité til Forebyggelse af Tortur (CPT) været iværksat et forsøg med screening for somatiske sygdomme ² blandt nyindsatte i to fængsler og to arresthuse.

CPT anbefaler indførelse af screeningsordning blandt andet med henvisning til de europæiske fængselsregler, hvor det fremgår, at: *“[L]ægen eller en sygeplejerske, der refererer til lægen, skal tilse alle indsatte snarest muligt efter indsættelsen og skal undersøge dem, medmindre dette er åbenbart unødvendigt.”* (Europarådets ministerkomité 2006).

Det er CPTs antagelse, at en screening af alle nytilkomne vil medføre, at der bliver opdaget flere betydende somatiske sygdomme blandt de indsatte. Det er denne hypotese, som projektet *“Screening af indsatte for somatiske sygdomme”* tester.

Formålet med undersøgelsen er derfor for det første at skabe viden om, hvorvidt der via en lægelig undersøgelse af samtlige nyindsatte opdages flere betydende/alvorlige somatiske sygdomme sammenlignet med en praksis, hvor sundhedspersonale ikke automatisk tilser klienterne ved indsættelse.

På denne baggrund giver undersøgelsen svar på, om der via et lægeligt helbredstjek ved indsættelsen opdages så meget mere alvorlig sygdom blandt de indsatte, at en generel helbredsundersøgelse af alle indsatte bør permanentgøres og udbredes til samtlige fængsler og arresthuse. Hvis dette er tilfældet, vil det være en omkostningstung affære at have læger til at forestå helbredsundersøgelsen af samtlige nyindsatte. Derfor er det andet formål med projektet at undersøge, om det anvendte screeningsredskab kan sætte Kriminalforsorgens sygeplejersker i stand til at foretage en indledende screening af de indsatte, således at kun de indsatte, der har behov for lægelige tiltag får et helbredstjek af en læge.

Endelig tegner rapporten et billede af, hvordan helbredstilstanden generelt ser ud blandt de indsatte i de danske fængsler og arresthuse, og dermed hvilke somatiske sygdomme, sundhedspersonalet i Kriminalforsorgens institutioner skal tage hånd om – uanset hvordan sundhedsbetjeningen er tilrettelagt.

Det somatiske screeningsprojekt har været iværksat på Statsfængslet på Søbysøgård, på Statsfængslet Østjylland, i Arresthuset i Århus og i Arresthuset i Slagelse. Igennem et år har samtlige nyindsatte på disse fire institutioner fået tilbud om at deltage i en indledende screeningsamtale med en sygeplejerske og efterfølgende et generelt helbredstjek ved en læge. I alt har 673 indsatte ud af 1.265 mulige deltaget i alle projektets aktiviteter. Disse indsatte udgør projektets deltagergruppe. Oplysningerne om kontrolgruppen er indsamlet fra samme fire institutioner via eksisterende patientjournaler (n=678). For kontrolgruppen er der ikke noget bortfald, da oplysningerne baserer sig på historiske data.

Resultaterne af undersøgelsen vurderes på baggrund af forskellige tests at kunne generaliseres til alle Kriminalforsorgens fængsler og arresthuse med undtagelse af institutionen Ellebæk.

Resultater vedr. effekten af et generelt helbredstjek ved indsættelsen

Undersøgelsen viser, at der på alle opstillede parametre registreres flere somatiske sygdomme hos de indsatte, når der etableres lægeligt helbredstjek ved indsættelsen sammenlignet med en praksis, hvor sundhedsuddannet personale ikke pr. automatik tilser den indsatte ved frihedsberøvelsens påbegyndelse. Konkret viser det sig, at en generel sundhedsundersøgelse hos lægen medfører, at der findes flere indsatte med en eller flere diagnoser samt signifikant flere diagnoser hos den enkelte indsatte. Dette gælder også, når de konkrete diagnoser, som lægerne har registreret, inddeles i ICP-

² - Der har i perioden 2009 – 2012 været iværksat et lignende forsøg i forhold til screening for psykiske sygdomme i blandt Kriminalforsorgens indsatte (Adamsen 2013). Denne rapport's hovedfokus er på somatiske sygdomme. Dog indgår også psykiske sygdomme med større eller mindre relation til somatiske helbredsforhold.

2 hovedgrupperne ³. Her opdages både flere indsatte med mindst én diagnose og flere diagnoser pr. indsat i omkring 60 pct. af ICPC-2 hovedgrupperne. Det gælder blandt andet for grupperne af hudlidelser, hjerte/karsygdomme, lidelser indenfor muskel/skeletsystemet, fordøjelsessystemet, nervesystemet, luftvejene, urinvejene, det endokrine/ernæringsmæssige område samt gruppen af psykiske lidelser.

Når de registrerede sygdommes alvorlighed indrages, viser analysen, at et lægeligt helbredstjek ved indsættelsen desuden medfører, at der findes væsentligt flere indsatte med *betydende/alvorlige* sygdomme. Blandt andet opdages en signifikant større andel indsatte, hvor lægens samlede vurdering af den indsattes tilstand er, at der findes livskvalitetsforringende/funktionsnedsættende somatisk sygdom. Samme fund gør sig gældende, når alvorligheden af hver enkelt stillet diagnose klassificeres på en skala fra 1-5, hvor 5 angiver en meget betydende sygdom. Her viser analysen, at der findes signifikant flere indsatte med diagnoser inden for såvel alvorlighedsgrad 1, 2, 3 som 4.

Både når det kommer til lægens samlede vurdering af den indsattes helbredstilstand, og når hver enkelt diagnoses alvorlighed betragtes, gælder det imidlertid, at et systematisk helbredstjek ved lægen ikke afstedkommer en større andel indsatte, der vurderes at have sygdomme, der aktuelt er muligt livstruende. De indsatte, der har sygdomme af denne alvorlighedsgrad udgør et fåtal i såvel deltagergruppen som kontrolgruppen. De 20 diagnoser, hvor der er registreret størst forskel mellem antal fund i hhv. deltagergruppen og kontrolgruppen, er alle klassificeret til alvorlighedsgrad 2 eller 3.

Samlet viser rapporten altså, at et lægeligt helbredstjek ved indsættelsen medfører, at der registreres signifikant mere sygdom hos de indsatte. Dette gælder også betydende sygdom, dog fraset potentielt livstruende tilstande, der kun findes i meget ringe grad i begge populationer. Når effek-

ten opgøres ved antal registrerede diagnoser, viser undersøgelsen, at den største effekt findes for de diagnoser, der er klassificeret til 2 og 3 – altså mindre samt moderat alvorlige lidelser.

Resultater vedr. sygeplejerskernes screening

Sygeplejerskernes opgave i projektet har været at foretage en indledende screening af den indsatte for at vurdere, om vedkommendes helbredsforhold kræver, at han bliver visiteret til lægen med henblik på eventuel diagnostisk udredning og behandling.

Sygeplejerskernes vurdering på baggrund af skemaet er inddelt i to typer af fejl – en type I og en type II fejl. En type I fejl betyder, at sygeplejersken har sendt den indsatte videre til lægen, når lægen selv har vurderet, at dette ikke var nødvendigt. En type II fejl betegner de tilfælde, hvor sygeplejersken overser det behov for lægelige tiltag, som lægen finder påkrævet.

En type I fejl har således ressourcemæssige konsekvenser, mens en type II fejl kan have helbreds-mæssige konsekvenser for den indsatte. Analyserne viser, at på baggrund af det screeningsredskab, der har været anvendt i projektet, begår sygeplejerskerne 31 pct. type I fejl og 30 pct. type II fejl.

Type I og type II fejl er beregnet på delmængder af alle deltagere. Der kan derfor ikke opnås viden om den samlede fejlprocent ved at lægge de to sammen. Den samlede andel af indsatte, der bliver fejlagtigt vurderet af sygeplejersken, er 30 pct.

Risikoen for fejl har blandt andet sammenhæng med den institution, som screenings samtalen bliver afholdt på. Desuden hhv. øger eller mindsker tilstedeværelsen af enkelte sundhedsrelaterede forhold hos den indsatte risikoen for sygeplejerskernes fejlvurdering. Fx peger analysen på, at sygeplejerskerne ofte korrekt og i overensstemmelse med lægen konstaterer, at den indsatte har et betydende forbrug af alkohol, men at de har svært ved at vurdere, hvorvidt forbruget bør medføre lægelige tiltag. Konkret viser det sig, at et dagligt alkoholindtag før indsættelsen betyder, at den indsatte har forhøjet risiko for at blive sendt unødigt til lægen.

Den samlede og væsentlige konklusion i kapitlet er imidlertid, at screenings skemaets oplysninger kun i meget ringe grad forklarer, hvornår eller for hvem, sygeplejerskerne begår såvel type I som type II fejl. Sygeplejerskernes konklusion ang. den

3 · ICPC står for International Classification of Primary Health Care. ICPC-2 DK er et klassifikationssystem, der er målrettet alment praktiserende lægers registreringer af fundne og mistænkte diagnoser m.m. hos deres patienter. Systemet er enkelt og praktisk opdelt i symptomer fra, lidelser i og skader på organsystemerne samt sociale forhold. Systemet tilstræber ikke at give samme præcision som klassifikationssystemet ICD-10 (International Classification of Diseases), der er målrettet speciallæger og sygehuse. Således er eksempelvis de mange forskellige typer virusleverbetændelse i ICPC-2 DK kun omfattet af én diagnosekode, mens ICD-10 omfatter talrige koder for samme. ICPC-2 DK er en dansk udgave af et internationalt system, der ligesom ICD-10 er certificeret af World Health Organisation, WHO.

indsattes behov for lægelige tiltag lader således til at blive truffet ud fra forhold, der ikke kan udredes fra screeningskemaet. Analysen kan ikke give et entydigt svar på, hvorfor det forholder sig sådan. Dog peges der på, at der generelt er markante afvigelser mellem hhv. sygeplejerskernes og lægernes vurdering af, om bestemte genetyper/symptomer er til stede hos den samme indsatte, hvilket alt andet lige mindsker sandsynligheden for, at de foretager en enslydende konklusion omkring vedkommendes behov for lægelige tiltag.

I rapporten præsenteres desuden en beskrivelse af, hvad der karakteriserer de indsatte, der fejlvurderes. Der er tale om en deskriptiv analyse, der ikke bidrager med viden om årsagen til fejlvurderingen, men i stedet med en *beskrivelse* af, hvad der kendetegner de indsatte, der nu engang er blevet vurderet forkert.

De deskriptive analyser viser ingen forskelle i forhold til baggrundsfaktorer som fx køn, alder eller, om der har været anvendt tolk til screenings samtalen. Det er altså ikke sådan, at det for eksempel er mænd, de yngre indsatte eller dem, der ikke taler dansk, der i større eller mindre grad udsættes for fejl. Når sygdomsbilledet analyseres, viser det sig, at omkring ¼ af såvel de type I som type II fejlvurderede har et stofmisbrug. Desuden har ca. halvdelen af de indsatte i begge grupper en lidelse i muskel/skeletsystemet, som typisk er ondt i ryggen eller knæet eller gener fra hænder og fingre.

Da en type II fejlvurdering er den mest alvorlige, beskæftiger analysen sig mere indgående med netop denne gruppe. Det konkluderes, at mellem hver tredje og fjerde indsatte, der ikke kommer til lægen, selvom der er behov for det, har en lidelse indenfor fordøjelsessystemet. Herunder findes blandt andet indsatte med mavesår og smitsom leverbetændelse.

Desuden har mellem hver femte og sjette indsatte, der udsættes for en type II fejlvurdering, en sygdom inden for det endokrine/metaboliske/ernæringsmæssige system. I denne gruppe findes blandt andet indsatte, der har udvist abnormt væggtab. Det kan være alvorligt at overse denne gruppes behov for lægelige tiltag, da det kan være et symptom på en alvorlig og potentielt akut truende sygdomstilstand.

I forhold til alvorligheden af de sygdomme, de indsatte, der udsættes for en type II fejl, har, vi-

ser analysen, at det generelt ikke er de allermest alvorlige. Dog understreges alligevel, at fejlvurderingerne kan have helbredsmæssige konsekvenser for den enkelte. For knap ¾ af de type II fejlvurderede gælder det, at de har mindst én moderat alvorlig diagnose (klassificeret til 3 på en skala fra 1-5). Når det kommer til lægernes samlede helbredsvurdering, viser det sig, at halvdelen af alle de indsatte, som sygeplejerskerne fejlagtigt ikke visiterer videre til lægen, er klassificeret til at have en livskvalitetsforringende eller funktionsnedsættende somatisk sygdom. En stor gruppe af de type II fejlvurderede har således væsentlige sygdomsforhold, der på baggrund af sygeplejerskernes fejlvurdering kan give yderligere helbredsforringelse, da de ved den manglende viderehenvisning til lægen ikke vil modtage den påkrævede lægelige udredning/behandling.

Hovedfund vedr. sygdomsforekomst blandt Kriminalforsorgens klientel

Analyserne viser, at der er en udpræget sygelighed blandt Kriminalforsorgens klientel. 90 pct. af alle indsatte har mindst én diagnose – enten en somatisk lidelse eller en psykisk lidelse med mulige somatiske implikationer.

I ICPC-2 kodeskemaet, som lægerne har anvendt, er diagnoserne inddelt i hovedgrupper, der hovedsagligt refererer til forskellige organgrupper. Når diagnoserne opgøres på disse hovedgrupper, viser det sig, at de indsatte oftest har en lidelse indenfor muskel/skeletsystemet – også kaldet bevægeapparatet. Dette gør sig gældende for 56 pct. af de indsatte. Oftest er det gener fra ryg og hænder samt ikke nærmere specificerede skader, de er plaget af.

Den hovedgruppe, de indsatte næsthyppest har en lidelse indenfor, er gruppen af psykiske lidelser. 35 pct. af de indsatte er registreret med mindst én psykiatrisk diagnose. Det er særligt stofmisbrugsdiagnosen, der dominerer. Denne er registreret hos 20 pct. af de indsatte, hvilket gør den til den hyppigst forekommende enkeltdiagnose. Dernæst følger ADHD, der er angivet som mistænkt eller konstateret diagnose hos i alt otte pct. af de indsatte.

Analysen af sygdomsforekomsten hos de indsatte viser videre, at der hos 30 pct. er fundet en hudlidelse, typisk udslæt, svamp og akne. Hos 29 pct. af alle de indsatte, der har haft lægelig konsultation, er der blevet registreret en lidelse

indenfor fordøjelsessystemet/mavetarmkanalen. Her er det særligt sygdomme i tænder og tandkød, der dominerer, hvilket formentlig skyldes generel dårlig tand- og mundhygiejne hos mange indsatte. Næsthyppest og mere alvorligt findes desuden i denne hovedgruppe smitsom leverbetændelse, som er registreret hos fem pct. af de indsatte.

Netop alvorligheden af de lidelser, der er registreret hos de indsatte, belyses også i rapporten. Det konkluderes, at den overvejende del af de indsatte placerer sig i den mindre alvorlige ende. Når det gælder lægernes samlede helbredsbedømmelse, er 55 pct. af de indsatte angivet til ikke at have nogen betydende eller vedvarende somatiske sygdomme. Dog er det stadig en betragtelig andel, som lægerne har vurderet til at have en livskvalitetsforringende eller funktionsnedsættende somatisk sygdom, nemlig 44 pct. Der er imidlertid kun en enkelt indsat, hvor lægerne har konkluderet, at helbredstilstanden er så dårlig, at han skønnes at være livstruet på kort sigt.

Også alvorligheden af hver enkelt diagnose betragtes. Her viser undersøgelsen, at den overvejende del af de indsatte har en diagnose, der er klassificeret til 3 (på en skala fra 1-5), som den mest alvorlige. Dette gør sig gældende for 63 pct. 11 pct. har en 4'er diagnose som den højeste, og endelig er der 1 pct., der har den mest alvorlige diagnostype, nemlig en lidelse, der er klassificeret til 5.

Opsummeret er billedet, at den altovervejende del af de indsatte (90 pct.) har en diagnose, men at det som oftest ikke er en i den mest alvorlige ende af skalaen. Samme tendens viser sig, når der ses på alvorligheden af de oftest stillede diagnoser. Når de 20 diagnoser, der hyppigst er registreret for hele gruppen af indsatte, listes op, ses det, at de alle er klassificeret til enten 2 eller 3 på alvorlighedsskalaen.

Et af formålene med at lade sundhedspersonale tilse alle nyindsatte er ifølge CPT, at der derved vil ske en rettidig registrering af eventuelle skader. Det formodes, at CPT særligt har interesse i, at det kommer til sundhedspersonalets kendskab, hvis den indsatte har pådraget sig skader i relation til anholdelsen eller indsættelsen. Lægerne i projektet har derfor registreret, hvorvidt den indsatte har skader, der kan tolkes som mulige tegn på vold. Resultatet er, at 13 ud af de 673 indsatte, der er

blevet undersøgt i forbindelse med projektet, har skader, der af lægerne er blevet tolket som mulige tegn på vold. Det er ikke uddybet, hvem der har forårsaget skaden eller hvilken hændelse, der har ført til den, men på baggrund af lægernes notater vurderer projektgruppen, at kun 11 af de 13 hændelser *potentielt* kan være opstået i forbindelse med anholdelse eller indsættelse i en af Kriminalforsorgens institutioner, hvilket svarer til 1,6 pct. af samtlige nyindsatte. Det er dog hverken registreret, hvem der har forårsaget skaden, om der er tale om et hændeligt uheld eller ulykke, eller om skaden – hvis den er opstået i relation til politiet eller kriminalforsorgens personale håndtering af den indsatte – er en følge af lovlig og påkrævet magtanvendelse eller omvendt af irregulær magtanvendelse.

Den samlede konklusion er derfor, at det ikke vurderes at være et omfattende problem i den danske kriminalforsorg. Hvis det besluttet at ændre sundhedsbetjeningen, så alle nyindsatte modtager en generel helbredsundersøgelse, kan der imidlertid rettes opmærksomhed mod eventuelle tegn på vold hos de nyindsatte på lige fod med de øvrige helbredsbedømmelse forhold, undersøgelsen fokuserer på.

Rapportens væsentligste anbefalinger

Samlet set er der markante forhold, der taler for en ændring af sundhedsbetjeningen hen imod en systematisk tilskyndelse til generel lægelig helbredsundersøgelse af alle nyindsatte. Kriminalforsorgens klientel er præget af betydelige helbredsproblemer, som de ikke får taget hånd om i tilstrækkeligt omfang inden indsættelsen. For mange indsatte vedkommende øges kontakten til sundhedspersoner under afsoningen eller i varetægtsperioden i Kriminalforsorgens institutioner, men denne undersøgelse peger på, at det stadig langt fra er alle med betydende sygdomme, der under den aktuelle sundhedsbetjening uden screening bliver registreret og eventuelt behandlet af en læge under indsættelsen. Såvel vedvarende og smitsomme sygdomme, som livskvalitetsforringende og funktionsnedsættende lidelser, bliver registreret af sundhedspersonalet i signifikant mindre grad ved den aktuelle tilrettelæggelse af sundhedsbetjeningen, end hvis alle nyindsatte bliver tilset af en læge. Det er derfor konklusionen på denne undersøgelse, at en generel lægelig helbredsundersøgelse af alle nyindsatte vurderes at kunne optimere den sundhedsmæssige omsorg i en sådan grad, at en screeningsordning bør ud-

bredes og permanentgøres i alle fængsler og arresthuse.

Resultaterne af sygeplejerskernes udførte screeninger medfører, at det må konkluderes, at det redskab, som sygeplejerskerne har anvendt til screeningssamtalen i projektet, ikke bør anvendes i praksis. Redskabet er behæftet med betydelige og ikke acceptable usikkerheder, der ikke skønnes at kunne imødekommes. I projektet opnås 31 pct. type I fejl og 30 pct. type II fejl, hvilket er markant højere end det niveau, som Statens Institut for Folkesundhed angiver, at en optimal screeningstest bør opnå. Instituttet fastslår, at der maksimalt bør registreres fem pct. type I fejl og mellem 10-20 pct. type II fejl. Samlet set anbefa-

les det derfor *ikke*, at sygeplejerskescreeningen, som den har været udført i projektet, gøres permanent og udbredes til alle Kriminalforsorgens institutioner.

Projektets fund medfører derfor dels den anbefaling, at personer, der indsættes i Kriminalforsorgens fængsler og arresthuse, bør tilbydes en generel helbredsundersøgelse, og dels at denne bør foretages af en læge frem for en sygeplejerske eller øvrigt personale, der ikke er sundhedsuddannet. Endelig anbefales det dog også, at de økonomiske implikationer af at indføre en lægelig screeningsordning undersøges, således at det sikres, at omkostningerne ved den tiltænkte model står mål med de gevinster, der opnås ved screeningen.

Kapitel 1 Indledning

Europarådets Komité til Forebyggelse af Tortur og Umenneskelig eller Nedværdigende Behandling eller Straf (CPT) var i 2008 på besøg i Danmark. I den afsluttende rapport til den danske regering påpegede CPT, at Kriminalforsorgen bør tage initiativ til at sikre, at indsatte systematisk bliver screenet af en læge eller en kvalificeret sygeplejerske så hurtigt som muligt efter indsættelse i institutionen. Direktoratet for Kriminalforsorgen blev ved aftalen om satspuljen på sundhedsområdet 2009-2012 bevilget i alt 6 millioner kr. til at gennemføre en undersøgelse af, hvorvidt det vil optimere sundhedsbetjeningen i Kriminalforsorgen at indføre en sådan screening af de indsatte. I denne rapport offentliggøres resultaterne af undersøgelsen.

I dette første kapitel vil det blive beskrevet nærmere, hvilken baggrund undersøgelsen er blevet til på, og hvad projektet mere konkret skal bidrage med viden om. Sidst i indledningen findes en læsevejledning. I denne kan læseren blive introduceret til rapportens opbygning og få viden om, hvor de enkelte undersøgelsesspørgsmål bliver besvaret.

1.1 Baggrund for undersøgelsen

I CPTs rapport, der blev sendt til den danske regering efter afslutning af besøget i 2008, anføres følgende: *“The CPT has repeatedly stressed in the past the importance of the medical screening of prisoners upon admission, especially in establishments that constitute points of entry into the pri-*

son system. Such screening is indispensable, particularly in the interest of preventing suicides and the spread of transmissible diseases and to ensure the timely recording of injuries. Screening on admission could be undertaken either by a doctor or by a qualified nurse reporting to a doctor.” (CPT 2008, punkt 58). CPT læner sig i sine anbefalinger blandt andet op af de europæiske fængselsregler. Reglerne er ikke retligt bindende, men indeholder en lang række anbefalinger til Europarådets medlemslande om indsatser for at sikre indsattes rettigheder. Af de europæiske fængselsregler fremgår det blandt andet af kapitel 3, punkt 42.1 om den sundhedsmæssige bistand til de indsatte, at *“Lægen eller en sygeplejerske, der refererer til lægen, skal tilse alle indsatte snarest muligt efter indsættelsen og skal undersøge dem, medmindre dette er åbenbart unødvendigt.”* (Europarådets ministerkomité 2006).

På tidspunktet for CPTs besøg og anbefaling til Danmark, var praksis i Kriminalforsorgen, at den indsatte ved indsættelse som minimum orienteres om sundhedsordningen på institutionen og mundtligt tilbydes en samtale med lægen eller sygeplejersken på stedet. Den indsatte vurderes altså som udgangspunkt kun sundhedsfagligt på egen anmodning, eller hvis personalet på institutionen har mistanke til sygdom eller andet sundhedsrelateret problem. Nogle institutioner havde såkaldt nykomsttilsyn af den indsatte, men der var forskellig praksis og intet generelt krav om, at alle

indsatte skulle tilses af sundhedspersonale ved indsættelsen. I 2015 blev der indført en modtagelsesprocedure på samtlige fængsler i Danmark. Denne procedure indebærer, at alle nyindsatte bliver stillet en række spørgsmål omkring deres psykiske og somatiske helbredstilstand umiddelbart efter indsættelsen. Samtalen varetages imidlertid af en fængselsbetjent eller en socialrådgiver og ikke af sundhedspersonale, og foregår desuden ikke i arresthussektoren. Derfor vurderer projektgruppen, at CPTs anbefalinger til Danmark fortsat er gældende.

Baggrunden for CPTs rekommandationer er, at de vurderer, at en screeningsordning, hvor der tilbydes en systematisk helbredsmæssig vurdering til samtlige indsatte, uanset om der er mistænkt sygdom eller ej, vil sikre, at der bliver opdaget flere betydende alvorlige somatiske sygdomme blandt de indsatte sammenlignet med en praksis, hvor de nyindsatte ikke modtager en generel helbredsundersøgelse ved indsættelsen. Det er denne hypotese, som projektet *“Screening af indsatte for somatiske sygdomme”* skal teste.

Med projektet ønsker Kriminalforsorgen at skabe solidt belæg for at vurdere, hvorvidt en systematisk tilgang og tilskyndelse til helbredsmæssig vurdering af alle nyindsatte vil kunne optimere den sundhedsmæssige behandling af klientellet i en sådan grad, at en screening bør indføres på samtlige fængsler og arresthuse i Kriminalforsorgen. I CPTs anbefalinger anføres det, at en screening ved indsættelsen særligt bør udføres for at identificere selvmordstruede, smitsomme sygdomme hos de indsatte samt påførte skader.

I 2013 afsluttede Kriminalforsorgen et screeningsprojekt for psykiske sygdomme, der blandt andet havde fokus på selvmordstanker blandt nyindsatte varetægtsarrestanter (Adamsen 2013). I det aktuelle projekt sættes der særligt fokus på registrering af somatiske sygdomme blandt indsatte i fængsler og arresthuse. Registrering af smitsomme sygdomme og mulige voldstilmælde indgår som en del af undersøgelsen, men den begrænses ikke til dette. For at få bredest mulig viden om, hvad der kan opnås ved at indføre et systematisk helbredstjek af alle personer, der indsættes i et fængsel eller arresthus i Danmark, fokuseres der på samtlige forhold, der har betydning for de indsatte somatiske helbredstilstand og dertil relaterede psykiske lidelser.

1.2 Undersøgelsens formål

Overordnet set er formålet med denne undersøgelse at teste CPTs antagelser om, at et indledningsvist helbredstjek vil medføre, at Kriminalforsorgens læger registrerer flere betydende sygdomme blandt de indsatte. Hvis dette viser sig at være tilfældet, er det relevant at undersøge, hvorvidt en sygeplejerske kan foretage en indledende vurdering af, hvilke indsatte der har behov for at blive set af en læge. Dette forventes at kunne nedbringe de økonomiske omkostninger ved en eventuel screening, da lægerne i så fald ikke behøver at undersøge samtlige indsatte, men kun dem, hvor sygeplejersken via en screening finder, at der er et behov for lægelige tiltag.

Konkret er formålet med undersøgelsen at besvare følgende tre spørgsmål:

- I. Opdages der flere betydende somatiske sygdomme blandt de indsatte, når en læge udfører et generelt helbredstjek af alle ved indsættelsen sammenlignet med en praksis, hvor sundhedspersonale ikke pr. automatik tilser de nyindsatte?
- II. Sætter det i projektet anvendte screeningsinstrument Kriminalforsorgens sygeplejersker i stand til at identificere de indsatte, hvis helbredstilstand kræver, at vedkommende bliver set af en læge?
- III. Hvilke somatiske sygdomme findes blandt Kriminalforsorgens klientel, når alle bliver tilset af en af Kriminalforsorgens alment praktiserende læger ved indsættelsen?

På baggrund af undersøgelsen vil der blive fremlagt anbefalinger til den fremtidige organisering af sundhedsbetjeningen i Kriminalforsorgen. Anbefalingerne vil dreje sig om, hvorvidt en generel helbredsundersøgelse af alle nyindsatte vil kunne optimere den sundhedsmæssige betjening i en sådan grad, at en screeningsordning bør udbredes og permanentgøres i alle fængsler og arresthuse – og i så fald, om den bør forestås af en læge eller en sygeplejerske.

1.3 Læsevejledning

Denne rapport består af 12 kapitler. Formålet med og baggrunden for undersøgelsen er allerede beskrevet i rapportens *Kapitel 1*.

I *Kapitel 2* beskrives, hvordan sundhedsbetjeningen i Kriminalforsorgen er tilrettelagt. For de

læsere, der ikke på forhånd kender til området, kan der her blandt andet hentes viden om, hvilket sundhedspersonale der er ansat i fængslerne og arresthusene, og hvordan deres arbejde mere konkret er tilrettelagt.

I *Kapitel 3* introduceres læseren til screeningsbegrebet og den debat, der hersker omkring screeningsberettigelse – eller manglen på samme. Desuden kortlægges det, hvilken dansk såvel som international forskning der findes omkring generelle helbreds-screeninger herunder screeninger af frihedsberøvede populationer.

I *Kapitel 4* gennemgås projektdesignet. Hvor har projektet været afviklet, hvilke kriterier har der været for in- og eksklusion af indsatte, og hvordan er sygeplejerskernes screeningsamtale og lægernes projektkonsultationer gennemført? Dette er nogle af de spørgsmål, der besvares i kapitlet.

Det er særligt væsentligt at sikre, at projektdeltagelsen baserer sig på frivillighed og informeret samtykke, når deltagerne er frihedsberøvede. Hvordan deltagerens rettigheder er sikret, er beskrevet i *Kapitel 5*.

Én ting er hvilke kriterier for in- og eksklusion, der lægges til grund for deltagerudvælgelsen – noget

andet er, hvem der reelt ender med at deltage i projektets aktiviteter. *Kapitel 6* indeholder blandt andet en bortfaldsanalyse og en test af, om undersøgelsens resultater kan generaliseres.

I *Kapitel 7* beskrives de statistiske metoder, der er anvendt til at besvare undersøgelsens tre hovedspørgsmål.

Alle undersøgelser har svagheder og fejlkilder, der kan påvirke de resultater, der opnås. Denne undersøgelse er ingen undtagelse. I *Kapitel 8* gennemgås hvilke usikkerhed og forbehold, der gælder for denne undersøgelse.

Dernæst følger tre kapitler – *Kapitel 9, 10 og 11* – der hver især besvarer undersøgelsens tre hovedspørgsmål. Dette er altså rapportens centrale kapitler, hvor projektresultaterne præsenteres. Efter hvert kapitel følger en opsummering, hvori de væsentligste resultater fremhæves. Her kan læseren få et hurtigt overblik over, hvad undersøgelsen viser.

Endelig findes *Kapitel 12*, hvor der samles op på de resultater, der er opnået gennem projektet. Desuden fremlægges en samlet konklusion og anbefalinger til den fremtidige organisering af sundhedsbetjeningen i Kriminalforsorgen.

Kapitel 2

Sundhedsbetjeningen i Kriminalforsorgen

I dette kapitel vil der blive redegjort for, hvordan sundhedsbetjeningen så ud på tidspunktet for projektets iværksættelse. Dette beskriver samtidig den praksis, som projektet blev iværksat på baggrund af. For fængslernes vedkommende er praksis blevet ændret efter projektets afslutning, hvilket også vil blive berørt i de kommende afsnit.

2.1 Sundhedsbetjeningen før januar 2015

Sundhedsfaglig betjening af indsatte i landets fængsler og arresthuse varetages af sygeplejersker og læger ansat af Kriminalforsorgen. De lovgivningsmæssige rammer for den sundhedsfaglige betjening er indskrevet i Straffuldbyrdsloven,

hvor det i § 45, stk. 1 angives, at indsatte har ret til lægebehandling og anden sundhedsmæssig bistand (LBK nr. 435 af 15/05/2012). De nærmere regler for den sundhedsmæssige bistand til indsatte fremgår af sundhedsbekendtgørelsen (BEK nr. 374 af 17/05/2001).

Kriminalforsorgen er forpligtet til at etablere en sundhedsordning, der sikrer de indsatte en sundhedsbetjening, som svarer til den bistand, landets borgere får i det omgivende samfund. De indsatte i fængsler og arresthuse har altså krav på og ret til at modtage samme sundhedsfaglige undersøgelse og behandling som gælder for samfundet i øvrigt. Alle lægelige undersøgelser og behandlinger gives

altid kun, hvis den indsatte giver informeret samtykke til det ⁴.

De indsatte har ikke adgang til ydelser efter Sundhedslovens afsnit om sygesikringsydelser (læge, fysioterapeut, psykolog, tandlæge mv.) eller afsnit om tilskud til medicin (generelt tilskud og enkelttilskud), hvis der under frihedsberøvelsen drages omsorg for de omtalte sundhedsmæssige ydelser på anden vis, og hvis opholdet skønnes at vare mindst tre måneder (BEK nr. 23 af 09/01/2007). Disse betingelser er altså tilgodeset med henvisning til, at der under indsattes frihedsberøvelse i landets fængsler og arresthuse er sikret en sundhedsfaglig betjening af indsatte uanset frihedsberøvelsens varighed.

2.1.1 Sundhedspersonale i Kriminalforsorgens institutioner

I alle Kriminalforsorgens fængsler og arresthuse er der ansat læger, overvejende alment praktiserende læger. Ansættelserne varierer fra nogle timer ugentlig til fuldtidsansættelser afhængig af institutionens størrelse. Alle fængsler og omkring en tredjedel af landets arresthuse (de større arresthuse) har desuden sygeplejersker del- eller heltidsansat ligeledes afhængig af institutionens størrelse. Hvor mange gange om ugen sygeplejerskerne og lægerne fysisk er til stede på institutionerne varierer også ud fra institutionens størrelse og sundhedstilstanden hos de indsatte.

Det er institutionens ansatte læge, der suverænt har ansvaret for den primære almenlægelige betjening af de indsatte. Hvis der er ansat en sygeplejerske på institutionen, bistår denne lægen. Indsatte kan desuden af institutionens læge blive henvist til undersøgelse og behandling ved andre speciallæger i privat praksis eller ved det regionale sygehusvæsen, jf. Sundhedsbekendtgørelsen og Sundhedsloven (LBK nr. 1202 af 14/11/2014). I særtilfælde kan den indsatte også af institutionens læge blive henvist til undersøgelse og behandling ved andre regioners sygehusvæsen, jf. bestemmelserne om frit sygehusvalg. Indsatte kan derfor også modtage sekundær lægelig og anden sundhedsfaglig betjening, hvis det vurderes påkrævet af institutionens læge. Den speciallæge, som den indsatte er henvist til, vurderer, hvordan den ind-

satte i givet fald skal undersøges og evt. behandles, om det skal være ved ambulante fremstillinger eller ved indlæggelse på sygehus. De indsatte er på denne måde sikret både almenlægelig behandling og specialiseret sekundær lægebehandling i lighed med den almindelige sundhedsfaglige betjening af landets borgere udenfor.

Med henvisning til Sundhedsbekendtgørelsen kan personalet i institutionerne ikke nægte de indsatte at få kontakt til institutionens sygeplejerske eller læge eller i øvrigt til andre speciallæger uden for institutionerne, som de er henvist til af institutionens læge. Mange fængsler og enkelte arresthuse har foruden egen sygeplejerske og læge også fastansat psykiater og psykolog. Enkelte institutioner har indgået ydelsesbestemte aftaler med andre sundhedsautoriserede personer, som fx fysioterapeuter og læger specialiseret i andre specialer end almen medicin, såsom speciallæge i hud-, knogle-, nerve-, øre- og infektionssygdomme. I ca. halvdelen af fængslerne er der ansat eller indgået aftaler med privatpraktiserende tandlæger, der giver behandling i institutionerne. I de øvrige fængsler og arresthuse er der som hovedregel indgået ydelsesbestemte aftaler med lokale privatpraktiserende tandlæger.

For varetægtsarrestanter gælder det desuden, at de har mulighed for at tilkalde egen læge, hvis politiet ikke modsætter sig dette af hensyn til varetægtsfængslingens karakter. Dog kan varetægtsarrestantens egen læge kun rådgive institutionens læge vedr. undersøgelse og/eller behandling. Den endelige beslutning vedr. lægefaglige tiltag og ansvaret for disse påhviler alene institutionens læge.

2.1.2 Klager over sundhedspersonalet

Sundhedsfagligt tilsyn af institutionernes eget og tilsluttede sundhedsfaglige personale effektueres jf. Sundhedsloven og Autorisationsloven (LBK nr. 877 af 04/08/2011) alene af Sundhedsstyrelsen og således ikke af Direktoratet for Kriminalforsorgen. Direktoratet har ikke instruktionsbeføjelser vedr. de sundhedsfaglige personers udførelse af det sundhedsfaglige arbejde.

Det er den statslige organisation Patientombuddet, der sagsbehandler indsatte og andres klager over sundhedsfaglig behandling såvel i som uden for Kriminalforsorgens institutioner. Klager over Kriminalforsorgens sundhedsfaglige personer, fx klager over lægers ordination af medicin, behandles af Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn, der er en af-

4 · Tvangsbehandlinger, der jf. psykiatriloven kan gives udenfor Kriminalforsorgens institutioner, kan kun undtagelsesvist forekomme i Anstalten ved Herstedvester, når de generelle regler for tvangsbehandling er opfyldt, og når tvangsindlæggelse i henhold til psykiatriloven afventes effektueret.

deling af Patientombuddet. Klager over tandlæger og psykologer behandles dog ikke af Patientombuddet men af hhv. regionale Tandlægenævn og det statslige Psykolognævn.

2.1.3 Kontakt til sundhedspersonalet

Der har gennem tiden eksisteret forskellig praksis for, hvordan og hvornår de indsatte indledende kontakt til institutionernes sundhedspersonale skal varetages.

Ved direktoratets cirkulære af 1978 (CIR nr. 174 af 20/09/1978), og indtil 1988, var det bestemt, at alle indsatte i Kriminalforsorgens institutioner umiddelbart efter indsættelse skulle fremstilles for institutionens læge med henblik på at gennemgå en obligatorisk lægeundersøgelse og herunder bl.a. undersøges for tuberkulose. På baggrund af en indstilling om sundhedstjenesten i Kriminalforsorgen fra 1988 (Justitsministeriet 1988) ophørte denne praksis som forordning for sundhedsbetjeningen af de indsatte. Herefter er det kun jf. Kriminalforsorgens sundhedsbekendtgørelse krævet, at den indsatte snarest muligt efter indsættelse får en generel orientering om sundhedsordningen i institutionen og mundtligt bliver tilbudt en samtale med institutionens læge eller sygeplejerske. Undertaget er dog, hvis opholdet antages at blive ganske kortvarigt, eller hvis den indsatte er overført fra en anden institution i kriminalforsorgen, hvor tilbuddet om samtale er blevet effektueret. Denne sundhedsbekendtgørelse er stadig gældende.

Trods ophør af nævnte forordning om en obligatorisk lægeundersøgelse har flere af de institutioner, hvor der er sygeplejerske, alligevel etableret ordninger, hvorefter det tilstræbes, at alle nyindsatte uopfordret tilses ved sygeplejersken hyppigst på førstkommande hverdag efter indsættelsen. Som forberedelse til det aktuelle projekt om screening for somatisk sygdom, foretog direktoratets straf-fuldbyrdeskontor i 2011 en forespørgsel blandt en række institutioner, herunder både åbne og lukkede fængsler samt arresthuse. Rundspørgen viste, at der på daværende tidspunkt var etableret nykomsttilsyn ved sygeplejersken i ni af de 21 adspurgte institutioner. I en af de ni institutioner skiftes sygeplejersken dog med institutionens læge om at varetage de uopfordrede nykomsttilsyn. Nykomsttilsynet er etableret lokalt og uden fælles fastlagte rammer. Ingen af de fem mindre arresthuse, uden ansat sygeplejerske, havde praksis med uopfordret sundhedsfagligt tilsyn ved institutionens læge til indsatte ved nyindsættelsen.

På tidspunktet for dette projekts gennemførelse, er det denne ordning, der gælder. Nogle institutioner har således nykomsttilsyn ved sygeplejerske, mens andre blot orienterer de nyindsatte om sundhedsordningen på stedet og mundtligt tilbyder den indsatte en samtale med sundhedspersonalet ⁵.

2.2 Sundhedsbetjeningen i fængsler fra januar 2015

Siden dataindsamlingen til projektet blev afsluttet, har praksis ændret sig. Direktoratet for Kriminalforsorgen har anvist, at alle landets fængsler fra og med 1. januar 2015 skal have etableret modtagelsesafdelinger som led i en ny modtagelsesprocedure ⁶. Jf. denne procedure, der også skal effektueres, selvom den indsatte ikke indsættes på modtagelsesafdelingen, men eksempelvis direkte på en behandlingsafdeling, er der blandt andet fokus på den nyindsattes fysiske og psykiske helbred. Modtagelsesproceduren er delt op i forskellige trin. Trin 1 udføres af en fængselsbetjent ⁷ inden for to dage efter indsættelse, og her skal det blandt andet *"afklares, om der er akutte helbredsforhold hos klienten, der skal håndteres, og som har betydning for vedkommendes sundhedstilstand her og nu. Det kan fx være abstinenser, ordineret medicinforbrug, stof-/alkoholpåvirkning mv. Hvis klienten har dårlig personlig hygiejne, skal du have særlig fokus på den psykiske vurdering og tilbyde et bad mv."* (Kriminalforsorgen 2014).

Trin 2, der ligeledes udføres af en fængselsbetjent og indenfor de to første dage efter indsættelsen, er en afdækning af den indsatte psykiske forhold. Til denne samtale er der udviklet en spørgeguide med spørgsmål om selvbeskadigende adfærd, tanker om selvmord, syns- og hørelsesshallucinationer og tidligere kontakt til psykiatrien. På baggrund af disse spørgsmål er det besluttet, at fængselsbetjenten skal tage stilling til, om der er behov for, at pågæl-

⁵ · I afsnit 6.1 er det præciseret, hvilken praksis der konkret er gældende på de fire institutioner, der er inkluderet i dette projekt.

⁶ · Modtagelsesproceduren er en udløber af et projekt under Kriminalforsorgens flerårssaftale for 2013-2016. Projektet er varetaget af en gruppe med repræsentanter fra Direktoratet for Kriminalforsorgen og fængslerne. Den sundhedsfaglige indsats, som beskrives her, er planlagt som en del af en større indsats, hvis formål er at understøtte en bedre prioritering af indsatserne til den enkelte indsatte og samtidig foretage en sikkerhedsmæssig vurdering tidligt i afsoningen.

⁷ · Af Kriminalforsorgens vejledning til modtagelsesproceduren er det angivet, at det er en fængselsbetjent, der varetager samtalen med den indsatte. Det er dog alt andet lige forventeligt og optimalt, at det fortsat er en sygeplejerske, der har den indledende kontakt til den nyindsatte, på de institutioner hvor der før indførelse af modtagelsesproceduren var nykomsttilsyn ved sygeplejerske.

dende bliver set af en læge, psykolog eller psykiater, og om der i øvrigt skal tages særlige hensyn til klienten grundet den psykiske sundhedstilstand.

På det næste trin, trin 3, afdækkes blandt andet den indsattes somatiske forhold lidt nærmere. Samtalen afholdes jf. vejledningen af en 'casemanager' (socialrådgiver) og har til formål at registrere relevante forhold, som oplysninger om hjerte-/karsygdomme, sukkersyge, infektionssygdomme (HIV, hepatitis, mv.), tidligere og evt. nuværende misbrug, medicinindtagelser samt tidligere alvorlige indlæggelser på sygehus. Desuden ansøres casemanageren til at vurdere, om den nyindsatte har ønske om eller behov for yderligere konsultation hos sundhedsfagligt personale, om den nyindsatte har behandlingskrævende lidelser, og om der skal tages særlige hensyn til den nyindsatte på grund af hans/hendes fysiske sundhedstilstand. Endelig indeholder modtagelsesproceduren, at en sygeplejerske giver generel information til de indsatte om den sundhedsmæssige bistand, der forefindes i fængslet, som blandt andet kan give svar på nogle af de oftest stillede spørgsmål vedr. lægetider, medicin, tandlæge, madrasser mv.

Kapitel 3 Screening

Hvad er screening overhovedet for noget, og er det altid godt at udføre helbreds-screeninger? Det er nogle af de spørgsmål, der vil blive berørt i de følgende afsnit.

3.1 Litteratursøgning

Der er til afsnittet foretaget en litteratursøgning i danske og internationale databaser i perioden fra september 2014 til marts 2015.

Der er søgt på dansk- og engelsksproget litteratur via følgende ord:

- **health screening *nurse *inmates og *helbreds-screening *sygeplejerske *indsat *fængsel*
- **define screening og *health screening*
- **kriminalitet *sygdom*
- **false-negative result og *false-positive result*

Litteratursøgningen er foregået i følgende databaser:

- PubMed (US National Library of Medicine. National Institutes of Health)

Uanset hvilken af de ovennævnte praksisser for sundhedspersonalets kontakt til nyindsatte, der i øvrigt forekommer, kan den indsatte altid jf. sundhedsbekendtgørelsen kontakte det uniformerede personale og uden at angive årsag bede om at blive set af en sygeplejerske eller læge under indsættelsen. Det uniformerede personale har derefter pligt til at underrette institutionens sygeplejerske og/eller lægen om den indsattes anmodning uanset den forventede længde af den indsattes frihedsberøvelse. Denne underretning skal effektueres snarest muligt og i alvorlige tilfælde skal institutionens læge eller alternativt regionens lægevagt tilkaldes akut. Hvis det ikke kan lade sig gøre, kan den indsatte blive transporteret til regionens lægevagt, en lægevagtklinik, skadestue eller akut modtagelse på et regionalt sygehus.

Institutionernes personale, såvel fængselsbetjente, som værk mestre, socialrådgivere, skolelærere mv., kan og skal i øvrigt på eget initiativ og med eller (hvis påkrævet) uden den indsattes samtykke fortløbet underrette institutionens sygeplejerske eller læge, hvis de mistænker, at en indsat kan lide af en somatisk eller psykisk sygdom.

- The Lancet
- Ugeskrift for læger
- Månedsskrift for Praktisk Lægegerning
- Sundhedsstyrelsen
- Statens Institut for Folkesundhed
- Kriminalforsorgen
- Google Search
- European Commission
- The Cochrane Library

Der er søgt både efter reviews og enkeltstudier. Ved den udførte litteratursøgning via omtalte søgeord blev der fundet i alt 578 artikler og rapporter, der umiddelbart blev skønnet af interesse.

Disse studier er blevet sorteret efter følgende principper: Studier, der omhandler psykiatriske eller psykologiske forhold er ekskluderet. Det samme er de studier vedr. somatiske forhold, som omhandler konkrete sygdomme, som fx screening for forskellige kræftformer. Med disse eksklusionskriterier blev langt størstedelen valgt fra.

13 rapporter og artikler blev endeligt udvalgt og anvendt til dette kapitel. Disse udvalgte studier fokuserer på generelle helbredsscreeninger, eller tager på anden måde udgangspunkt i almene somatiske sygdomsforhold og en bred registrering af forekomsten af sygdomme eller sygdomstyper hos undersøgte populationer.

Der har været søgt målrettet efter studier, der beskæftiger sig med generelle helbredsundersøgelser blandt frihedsberøvede populationer, og hvilken betydning det kan have at udføre en screening ved indsættelsen. Studier omkring dette emne er imidlertid stort set fraværende også internationalt. Der findes med andre ord ikke meget viden om, hvad der kan opnås ved at screene nyindsatte for somatiske sygdomme, hvilket efterlader vigtigheden af denne rapport endnu mere tydelig.

3.1.1 Hvad er screening – og er screening altid godt?

En screening kan være rettet mod enten risikofaktorer eller tidlige, eventuelt ikke erkendte stadier af sygdomme. Ved screening for risikofaktorer er formålet at forebygge sygdommes fremkomst ved at reducere eller om muligt eliminere risikofaktorenes u hensigtsmæssige effekter. Ved screening for tidlige sygdomsstadier er formålet at give mulighed for mere optimal behandling og dermed en bedre prognose for sygdomsudviklingen. Screeningsprocedurer har ikke til opgave at diagnosticere de tilstande eller sygdomme, som screeningen er rettet mod. Screeninger skal kun udvælge truede personer, der skal undersøges yderligere med henblik på at be- eller afkræfte screeningens fund. Helbredsrelaterede screeninger kan udføres som en systematiseret undersøgelse af enten hele befolkninger eller konkret udvalgte befolkningsgrupper (Kjøller 2007).

World Health Organisation (WHO) har fastsat ti kriterier for, hvordan en helbredsscreening bør udføres (Sundhedsstyrelsen 2014). Kriterierne angiver blandt andet, at sygdommen, der er i fokus for screeningen, skal udgøre et væsentligt sundhedsproblem, at diagnose- og behandlingsfaciliteterne skal være både tilgængelige og acceptable, og at det skal være muligt at påvise sygdommen på et tidligt stadium, inden den bliver manifest. Sundhedsstyrelsen anbefaler desuden som supplement til disse kriterier, at screeningsredskabets evne til korrekt at identificere både de raske og de syge nøje vurderes, før der træffes beslutning om, hvorvidt en screening skal indføres. Også de øko-

nomiske aspekter af en screening skal vurderes, og ikke mindst bør der foreligge en vurdering af, hvilke etiske problemstillinger, der kan knytte sig til screeningen. Blandt andet bør konsekvenser af "falsk positivitet" og "falsk negativitet" overvejes, dvs. betydningen af at blive klassificeret som hhv. syg og rask, når det modsatte gør sig gældende, ligesom overdiagnosticering, overbehandling, bekymringskabelse, sygeliggørelse og stigmatisering bør indtænkes som mulige og væsentlige aspekter af en screeningsordning (ibid.).

Generelt er sundhedsrelaterede screeninger omgærdet af megen debat og formaninger om, at fordele og ulemper nøje bør afvejes. Adskillelige eksperter og forskere på området (Adriaensen et al 2013, Dans et al 2011a, Dans et al 2011b, Gray 2004, Olsen, J. 2014, Wood 2011) fremfører i tråd med både WHO's og Sundhedsstyrelsens anbefalinger råd til hvilke overvejelser, der bør gå forud for eventuel indførelse af en screeningsordning. Overordnet set kan anbefalingerne samles i fire temaer.

For det første skal der være påvist god effekt af screeningen. Det vil sige, at der bør udføres effektstudier, der undersøger, hvorvidt det anvendte redskab er effektivt til korrekt at opspore den eller de sygdomme, der er i fokus for screeningen. For det andet er der det etiske perspektiv, der tilsiger, at det ikke må negligeres, at screeningen også kan medføre ubehag og endda skader hos den screenede. Dette gælder både for dem, der testes negativ i screeningen, men også for den gruppe, der testes positiv – her er perspektivet blandt andet, at screeningen og alle deraf følgende tiltag inklusiv behandling skal medføre, at personen, der er testet positiv som følge af screeningen, samlet opnår større velvære end den velvære en ikke screenet, men behandlet person, oplever. Dette perspektiv hænger sammen med det tredje område, som anbefalingerne oftest bevæger sig indenfor, nemlig dét at den screenede også helbreds mæssigt skal kunne drage fordel af at blive testet positiv, før sygdommen er blevet manifest. Det fjerde og sidste område, der kan fremhæves, er det økonomiske. Screeningsordninger er omkostningstunge, hvorfor det også anbefales fra mange sider, at det nøjes vurderes, om den udførte screening medfører en helbredsforbedring, der berettiger omkostningerne ved screeningen (ibid.)

Det er yderst sparsomt, hvad der findes af forskning omkring generelle helbredsscreeninger, som

er den type screening, der forsøgsvis iværksættes i forbindelse med dette projekt. Som oftest er screening rettet mod en specifik lidelse, som eksempelvis en særlig kræftform, og følgelig er det også denne type screening, der er udført mest forskning omkring. Den sparsomme forskning, der findes, er imidlertid også delt i forhold til spørgsmålet om, hvorvidt der opnås en effekt ved at screene.

På den positive side findes et dansk randomiseret forsøg fra 2007, hvor det undersøges, dels om generelle, forebyggende helbredstjek- og samtaler er omkostningseffektive, og dels om de medfører helbredsmæssige forbedringer hos de screenede. Studiet konkluderer, at der for gruppen af 30-49 årige blev fundet signifikant længere levetid hos den helbredsscreenede gruppe sammenlignet med en kontrolgruppe, samt at der for samme gruppe ikke blev fundet øgede sundhedsrelaterede udgifter forbundet med screeningen (Rasmussen et al 2007).

På den negative side kan et Cochrane review fra 2012 fremhæves (Krogsbøll 2012). Reviewet gennemgår 16 artikler, og finder på denne baggrund ikke, at kontrollerede, generelle helbredsscreeninger medfører reduceret dødelighed eller sygelighed, heller ikke i forhold til hjertekarsygdomme og kræft. Det konkluderes dog, at antallet af nye diagnoser stiger ved de generelle helbredstjek, hvilket i følge studiet tyder på, at screeningen medfører overdiagnosticering og overbehandling. Det skønnes, at årsagen til den manglende effekt kan skyldes, at de personer, der findes syge som følge af screeningen, også uden et helbredstjek ville blive fundet syge og behandlet ved egen læge (ibid.).

3.1.2 Screening blandt fængselspopulationer

Litteratursøgningen har ikke resulteret i studier, der har undersøgt effekten af at screene for somatiske sygdomme blandt nordiske eller europæiske fængselspopulationer. Der er fundet en amerikansk artikel fra 2013, der beskriver mulige besparelser i amerikanske fængsels udgifter til sundhedsbetjening. Angivelserne beror på forfatternes besøg i adskillige amerikanske frihedsberøvende institutioner. Det anføres, at sundhedstjenester kan udgøre op til en tredjedel af institutionernes budget, og at en reduktion af denne udgift kan opnås ved at nedsætte efterspørgslen efter sundhedstjenester, angiveligt uden at kvaliteten af denne samtidig begrænses. I artiklen nævnes

en række etablerede tiltag, hvoriblandt helbreds-screening af indsatte ved indsættelse også indgår. Det fremføres, at en omfattende somatisk og psykisk screening, herunder screening vedrørende behov for hospitalsbehandling, er det første kritiske trin, der kan forhindre epidemier og begrænse ubehandlede sygdommes alvor, hvilket sidenhen vil mindske de indsatte behov for behandling. Det er vurderingen, at psykiske problemer og stofafhængighed er lige så vigtige at behandle som fysiske sygdomme, og at indsatte ofte hurtigt drager fordel af behandling, specielt vedrørende ukendte og ubehandlede sygdomme. Artiklen anfører, at der ikke foreligger data fra før og efter indførelse af de nævnte tiltag, der kan bruges til kvantitativt at opgøre screeningernes effekt i forhold til reduktion i omkostninger. Vurderingen i forhold til de helbredsmæssige effekter er imidlertid, at de indsatte helbredstilstand sædvanligvis er bedre efter løsladelse end ved indsættelsen, og at behandling af indsatte fx vedr. AIDS er med til at reducere belastninger af såvel fængselspersonale som samfundet efterfølgende (Schaenman et al 2013).

Disse resultater lader sig dog nok vanskeligt overføre til dansk sammenhæng, da såvel populationen som tilrettelæggelsen af sundhedsbetjeningen i de amerikanske fængsler adskiller sig fra forholdene i de danske.

Baggrunden for den sparsomme – eller nok nærmere ikke eksisterende – forskning omkring somatiske screeninger blandt frihedsberøvede i mere sammenlignelige lande er formentlig, at der i det hele taget kun er sparsomme oplysninger om vurderinger af nyindsattes helbredstilstand fra disse fængselsvæsner. Til projektgruppens kendskab er det kun Island af de nordiske lande, der i de fleste fængsler har systematiske helbredsscreeninger ved sygeplejerske eller læge ved indsættelsen (Salize et al 2007). Ellers udføres der ikke systematiske, generelle helbredsscreeninger i direkte relation til indsættelsen i de øvrige nordiske lande.

Når der søges videre ud mod de øvrige europæiske lande, findes der fra Schweiz en artikel fra 2013 (Rieder et al 2013), der beskriver forandringen af den sundhedsmæssige betjening i seks mindre fængsler i Geneve. Betjeningen ændres blandt andet, så den sikres at være i overensstemmelse med Europarådets fængselsregler. Forandringen medfører, at alle nyindsatte gennemgår en helbreds-screening ved en sygeplejerske indenfor 24-48 timer efter indsættelsen med henblik på at

identificere helbredsproblemer, der kræver øjeblikkelige tiltag, fx vedrørende abstinens i relation til stofmisbrug, infektionssygdomme, selvmordstanke og krav til fortsat eller nyinstitutioneret behandling. Sygeplejersken skal kunne viderehenvise den indsatte til relevant sundhedsmedarbejder, hvor der vurderes at være behov for det. Om påkrævet skal den ansvarlige læge henvise den indsatte til speciallæge i Geneve Universitets Hospital, der har afdelinger forbeholdt indsatte. Artiklen angiver, at det således skal sikres, at indsatte kan og faktisk modtager sundhedsfaglige ydelser inkl. akutte lig de ydelser, der gives baggrundsbefolkningen i Geneve. Det anføres, at disse ydelser også skal omfatte substitutionsbehandling for brug af opioid

(morfin og heroin) inkl. adgang til rent værktøj. Der er ved litteratursøgningen imidlertid ikke fundet oplysninger om, hvad det mere konkret har betydet helbredsmæssigt for de indsatte, eller hvilke økonomiske implikationer det har haft at omlægge sundhedsbetjeningen til denne model.

Som det også blev nævnt indledningsvist, må det altså siges at være særdeles sparsomt, hvad der er gjort af erfaringer med at foretage generelle somatiske helbredstjek blandt indsatte i fængsler og arresthuse, og hvilken betydning dette kan have for såvel den indsatte selv som for fængselsystemet mere generelt både sundhedsmæssigt og økonomisk.

Kapitel 4

Projektets gennemførelse - hvor, hvornår og hvordan?

I dette kapitel beskrives projektets overordnede design. Der kan blandt andet læses om, hvor projektet har været gennemført, kriterierne for in- og eksklusion af indsatte, og hvordan de projektsatte sygeplejersker og læger mere konkret har udført deres arbejde i projektperioden.

Projektet har været gennemført som et kvasi-eksperimentalt studie. Dette er en betegnelse for et design, hvor to udvalgte men sammenlignelige grupper modtager forskellig behandling. Den ene gruppe, deltagergruppen, modtager en særlig indsats, mens den anden gruppe udgør en kontrolgruppe, som får 'business as usual'. På den måde kan indsatsens effekt måles. Modsat et randomiseret, kontrolleret studie er der i det kvasi-eksperimentelle design ikke tale om tilfældig udvælgelse af de to grupper.

I det følgende vil forholdene omkring deltagergruppen blive beskrevet først, og sidst i kapitlet præsenteres kontrolgruppen.

4.1 Deltagergruppen

4.1.1 Projektpersonale og tjenestesteder

Projektet har været afviklet på hhv. Statsfængslet på Søbysøgård, Statsfængslet Østjylland, i Arresthuset i Århus og i Arresthuset i Slagelse. På de tre førstnævnte institutioner blev en del af eller alle

de allerede ansatte læger og sygeplejersker ansat til også at varetage de projektrelaterede opgaver. I Arresthuset i Slagelse er der til daglig ikke ansat en sygeplejerske. Her blev sygeplejersken fra Arresthuset i Køge ansat til opgaven. Projektpersonalets ansættelser blev betalt af de tildelte satspuljemidler. Tidsmæssigt har ansættelserne været på mellem fire og 28 timer ugentligt.

4.1.2 Projektperioden

Screeningerne af de nyindsatte startede den 15. februar 2012, og var i første omgang planlagt til at vare et halvt år. Det viste sig dog, at der ikke blev inkluderet et tilstrækkeligt antal indsatte til at foretage de nødvendige analyser på denne periode, hvorfor projektpersonalet blev bedt om at fortsætte med at screene alle nyindsatte i yderligere et halvt år. Der er derfor i alt screenet for somatiske og dertil relaterede psykiske sygdomme hos nyindsatte på de fire projektinstitutioner i perioden 15. februar 2012 – 14. februar 2013.

4.1.3 Inklusionskriterier

De indsatte i deltagergruppen omfatter samtlige varetægtsarrestanter og afsonere, der blev indsat på Statsfængslet på Søbysøgård, Statsfængslet Østjylland, Arresthuset i Århus eller Arresthuset i Slagelse i perioden 15. februar 2012 – 14. februar 2013. De nyindsatte kom enten fra fri fod eller som overført fra andre tjenestesteder. Der var

ingen aldersmæssige begrænsninger i projektet, hvorfor deltagerne kan være fra (14 ⁸) 15 år og opefter.

Både dansktalende og udenlandske indsatte er inkluderet i undersøgelsen. Alt informationsmateriale, der har været anvendt til projektet, er blevet oversat til hhv. engelsk, arabisk, litauisk, russisk, tyrkisk og tysk. Tjenestestederne er desuden i lighed med almen praksis bedt om at tilkalde tolk i de tilfælde, hvor det var nødvendigt for at kunne foretage samtalen med indsatte.

4.1.4 Eksklusionskriterier

Følgende grupper af indsatte indgår ikke i deltagergruppen:

- Anholdte
- Personer der er indsat i henhold til udlændingeloven
- Genindsatte der ved tidligere indsættelse har deltaget og gennemført de i projektet foreskrevne undersøgelser
- Indsatte der er overført fra anden institution og tidligere har deltaget og gennemført de i projektet foreskrevne undersøgelser.

4.1.5 Fremgangsmåde

For de indsatte i deltagergruppen er screeningsprojektet blevet udført efter følgende model:

1. Sygeplejersken screener den indsatte

Den til projektet ansatte sygeplejerske udfører en generel helbreds-screening af den indsatte. På baggrund af samtalen vurderer hun indsattes somatiske helbredstilstand ud fra følgende kategorier:

- Indsatte har ingen somatiske sygdomme, der kræver, at vedkommende ses af en læge
- Indsatte har somatisk sygdom, der kræver, at vedkommende ses af en læge
- Indsatte har somatisk sygdom, der kræver, at vedkommende ses akut af en læge indenfor et døgn

Sygeplejersken skal ikke foretage diagnosticering af den indsatte. Det anvendte screenings-skema skal dog sætte hende i stand til at opspore de indsatte, der er eller formodes at være syge, og derfor bør ses af en læge for yderligere udredning og/eller behandling.

8 · Frem til den 1. marts 2012 var den kriminelle lavalder 14 år, hvorefter den igen, som før den 1. juli 2010, blev hævet til 15 år.

2. Lægen konsulterer samme indsatte

Den til projektet ansatte fængsels-/arresthuslæge konsulterer samme gruppe af indsatte, som sygeplejersken har screenet. Lægen vurderer på denne baggrund indsattes somatiske helbredstilstand ud fra følgende kategorier:

- A. Indsatte har ingen betydende eller vedvarende somatiske sygdomme
- B. Indsatte har livskvalitetsforringende/funktionsnedsættende somatisk sygdom
- C. Indsatte har livstruende somatisk sygdom på skønnet kort sigt (<3mdr.)

Lægen angiver desuden alle den indsattes etablerede og tentative (formodede) diagnoser på baggrund af diagnosekoder fra ICPC-2 DK ⁹ (bilag 6 og 7). Endelig vurderer lægen også, om der er behov for lægelige tiltag overfor den indsatte, og om der i så fald kræves tiltag under indsættelsen, eller om en eventuelt yderligere udredning og behandling kan udsættes til efter løsladelsen uden betydende helbredsforringelse til følge.

3. Lægen genvurderer den indsattes helbredstilstand

Tre måneder efter datoen for lægens første konsultation registreres eventuelt yderligere og i mellemtiden indhentede oplysninger vedrørende indsattes somatiske helbredstilstand. Der foretages ikke en ny konsultation ved denne dataregistrering, men en supplerende og til projektet endelig vurdering af diagnose(r) samt indplacering i kategori A, B eller C på baggrund af den indsattes patientjournal.

De indsatte, der har indgået i projektet, er altså blevet tilset både af sygeplejersken og af fængsels-/arresthuslægen – uanset og uafhængigt af sygeplejerskens vurdering. Lægen er ikke blevet orienteret om, hvad sygeplejersken har konkluderet på baggrund af screenings-samtalen med mindre sygeplejerskerne vurderede, at der var behov for, at den indsatte blev tilset af en læge

9 · ICPC står for International Classification of Primary Health Care. ICPC-2 DK er et klassifikationssystem, der er målrettet alment praktiserende lægers registreringer af fundne og mistænkte diagnoser m.m. hos deres patienter. Systemet er enkelt og praktisk opdelt i symptomer fra, lidelser i og skader på organsystemerne samt sociale forhold. Systemet tilstræber ikke at give samme præcision som klassifikationssystemet ICD-10 (International Classification of Diseases), der er målrettet speciallæger og sygehuse. Således er eksempelvis de mange forskellige typer virusleverbetændelse i ICPC-2 DK kun omfattet af én diagnosekode, mens ICD-10 omfatter talrige koder for samme. ICPC-2 DK er en dansk udgave af et internationalt system, der ligesom ICD-10 er certificeret af World Health Organisation, WHO.

inden for et døgn. Ligeledes blev den indsatte som udgangspunkt heller ikke orienteret om sygeplejerskens vurdering og fund, men kun lægens. Disse forhold var nødvendige for at sikre, at lægen ikke blev bekendt med sygeplejerskens fund. Dette kunne tænkes at influere på lægens vurdering, hvorved det ville blive sværere at vurdere, hvorvidt screeningsværktøjet sætter sygeplejersken i stand til at vurdere eventuel sygdoms alvorlighed i overensstemmelse med en lægefaglig vurdering af den indsatte.

4.1.6 Indhold af screeningssamtalen og den lægelige konsultation

Det screeningsinstrument, som sygeplejerskerne har anvendt i projektperioden er udviklet af projektgruppen selv. Ligeledes er lægernes registreringskemaer blevet udviklet til formålet.

I både sygeplejerskernes screeningssamtale og lægernes konsultation er det blandt andet blevet undersøgt, hvorvidt:

- indsatte har indtaget lægeordineret medicin umiddelbart før indsættelsen
- indsatte har indtaget misbrugsstoffer eller afhængighedsskabende medicin umiddelbart før indsættelsen
- indsatte har indtaget alkohol dagligt umiddelbart før indsættelsen
- indsatte har kendskab til selv at lide af eventuelle vedvarende (kroniske) lidelser
- indsatte har kendskab til selv at lide af eventuelle gener betinget af overfølsomhed
- indsatte har gener fra tænder, mund, svælg, spiserør, mave, tarme, endetarm, lever og bugspytkirtel
- indsatte har gener fra lunger, hjerte og kredsløb
- indsatte har gener fra nyrer, urinblære og kønsorganer
- indsatte har gener fra bevægeapparat, led, knogler og muskler
- indsatte har gener fra tidligere skader
- indsatte har gener fra hud, hår og negle
- indsatte har gener fra øjne og ører
- indsatte har gener fra nervesystem
- indsatte har tidligere eller aktuelle betydende betændelsessygdomme og eventuelle gener i relation hertil.

Desuden måles:

- indsattes BMI (body mass index).
- indsattes blodtryk.

Sygeplejerskernes screening har udelukkende været samtalebaseret og uden noget krav til fysisk undersøgelse af indsatte. Lægen har derimod haft mulighed for at foretage supplerende fysiske undersøgelser svarende til en almindelig objektiv lægeundersøgelse.

Screenings-/registreringskemaerne, der har været anvendt af projektpersonalet, kan ses i bilag 1-3.

4.1.7 Tidsfrister og inklusionstider

I projektet har der været fastsat en række tidsfrister. I bilag 5 kan det ses, hvilke tidsfrister der har været fastsat for de forskellige aktiviteter i projektet, og i hvor stor udstrækning, de er blevet overholdt.

4.1.8 Registrering af data til projektet

Datamaterialet om deltagergruppen består af en række elektroniske indberetninger fra det projektsatte sundhedspersonale. Sygeplejerskerne og lægerne har løbende indberettet til de projektsansvarlige i Direktoratet for Kriminalforsorgen om de indsatte, der indgår i screeningsundersøgelsen.

Kvaliteten af de indberettede data er blevet testet løbende, og selve registreringskemaerne har på denne baggrund undergået mindre revideringer undervejs i projektperioden.

Den registreringspraksis sundhedspersonalet i øvrigt følger i Kriminalforsorgens institutioner, har fortsat været effektueret i projektperioden. Udover de særlige registreringer, der har været foretaget til projektet, har sundhedspersonalet derfor stadig haft pligt til at notere i de indsattes patientjournaler i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anvisninger i journalføringsbekendtgørelsen (BEK nr. 3 af 02/01/2013).

4.2 Kontrolgruppen

For at kunne svare på, om der ved en systematisk helbredsundersøgelse af alle nyindsatte bliver opdaget flere betydende somatiske og dertil relaterede psykiske sygdomme sammenlignet med en praksis, hvor sundhedspersonale ikke pr. automatik tilser de nyindsatte, blev der til projektet etableret en kontrolgruppe.

Kontrolgruppen består af indsatte, der ikke pr. automatik modtager et generelt helbredstjek ved indsættelsen, men blot den almindelige sundhedsmæssige betjening, der praktiseres i Krimi-

nalforsorgens institutioner. Mere konkret udgøres kontrolgruppen af historiske data om personer, der i perioden 20/4 – 21/10 2011 har været indsat som enten varetægtsarrestant eller afsoner på mindst én af de fire institutioner, som har været med i screeningsprojektet. I alt opfylder 678 personer disse kriterier. De fire projektansatte læger har fået tilsendt lister med CPR-numre på de personer, der har været indsat på den institution, de arbejder på, og er blevet bedt om at gennemgå patientjournalen for hver enkelt person. På baggrund af patientjournalgennemgangen har lægen registreret en række forhold omkring indsattes helbreds-tilstand, herunder hvilke diagnoser, der er stillet omkring den indsatte og hvilken helbreds-kategori, der bedst beskriver vedkommendes tilstand:

- A. Indsatte har ingen betydende eller vedvarende somatiske sygdomme
- B. Indsatte har livskvalitetsforringende/funktionsnedsættende somatisk sygdom

C. Indsatte har livstruende somatisk sygdom på skønnet kort sigt (<3mdr.)

I de tilfælde hvor der ikke var oprettet en patientjournal for en person i kontrolgruppen, har lægen ned henvisning til Sundhedsstyrelsens regler for journalføring (BEK nr. 3 af 02/01/2013) registreret dette som udtryk for, at pågældende hverken af lægen eller sygeplejersken er fundet sygdomslidende (se nærmere i afsnit 8.1).

For yderligere oplysninger om, hvad der registreres vedr. kontrolgruppen se bilag 4.

At det er de samme institutioner, der indgår i deltager- og kontrolgruppen, og at det i øvrigt er de samme læger, der vurderer begge gruppers helbreds-tilstand, må formodes at bidrage til et validt grundlag for at besvare spørgsmålet om effekten af at tilse alle nyindsatte.

Kapitel 5

Etiske overvejelser og sikring af deltagernes rettigheder

Kriminalforsorgen vil gennem projektet undersøge, om de personer, der er tillagt og har ansvaret for den sundhedsmæssige betjening af de indsatte, får registreret alle relevante sundhedsfaglige oplysninger om nyindsatte. En sådan systematisk og konsekvent registrering vil forventeligt skabe optimale betingelser for forebyggelse og behandling af somatiske og relaterede psykiske sygdomme hos nyindsatte.

De negative konsekvenser af screeningsundersøgelsen vedrører dels den population af indsatte, der ikke fejler noget og derfor unødigt får påført en belastning ved at deltage i undersøgelsen. Den anden gruppe, der kan opleve negative konsekvenser ved deltagelse er de indsatte, der fejlagtigt klassificeres som syge, og som følge deraf unødigt bliver underkastet undersøgelser, der kan være forbundet med ubehag.

Der kan desuden være tale om, at en gruppe af indsatte, der ikke føler sig syge, får diagnosticeret en truende eller konstaterbar sygdom som følge af projektet. I de fleste tilfælde vil dette dog for-

venteligt kunne medføre positive helbredsmæssige konsekvenser, hvis tiltag eller behandling kan forbedre helbredet i forhold til et forløb uden en screeningsundersøgelse. Man kan dog også forestille sig enkelte, der diagnosticeres med en sygdom, hvortil der ikke findes behandlingsmuligheder, eller hvor behandlingen er med så betydelige bivirkninger, at der ikke opleves at være nogen gevinst. I forbindelse med projektet antager projektgruppen dog, at det overvejende vil være en fordel for den enkelte indsatte at få kendskab til og viden om eventuel sygdom.

I de tilfælde, hvor en indsat diagnosticeres med en alvorlig sygdom, har Kriminalforsorgen et beredskab af sundhedspersonale og psykologer, der kan give den nødvendige omsorg og støtte samt sikre formidling af mulig relevant behandling. Dette beredskab vil selvfølgelig, om påkrævet, også kunne blive iværksat for de indsatte, der deltager i projektet.

5.1 Frivillig deltagelse

Indsatte er en gruppe særligt udsatte personer, så det har været særdeles vigtigt at sikre, at de ind-

sattes deltagelse i projektet var frivillig. Der blev derfor overfor de sygeplejersker og læger, der inkluderede og undersøgte indsatte i projektet, lagt vægt på, at de skulle orientere om denne frivillighed samt det forhold, at den indsatte til enhver tid kunne trække sit tilsagn om deltagelse tilbage. Det blev desuden fremhævet i informationsmateriale, at det var frivilligt at deltage, samt at der ikke ville være nogen negative konsekvenser for de indsatte, der afviste at deltage i projektet eller trak sit samtykke tilbage undervejs i forløbet. Det er væsentligt at gøre potentielle deltagere opmærksomme på denne valgfrihed – ikke mindst i Kriminalforsorgens regi, hvor indsatte er frihedsberøvede og kan have svært ved at hævde deres integritet.

5.2 Deltagerinformation og informeret samtykke

Projektets sygeplejersker har haft ansvar for at tage kontakt til alle nyindsatte, der opfylder kriterierne for at indgå i undersøgelsen. Projektgruppen i direktoratet har løbende tjekket, at alle relevante indsatte er blevet spurgt, om de ønskede at deltage.

Projektet er omfattet af anmeldelsespligt til De Videnskabetiske Komitéer. Derfor har de regler og retningslinjer, som komitesystemet angiver for projektpersonalets afgivelse af deltagerinformation, indhentelse af informeret samtykke mv., været fulgt ¹⁰.

5.3 Anonymitet og tavshedspligt

Den indsatte er sikret fuldstændig anonymitet i undersøgelsen. Deltagernes helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre personfølsomme oplysninger, som fremkom i forbindelse med projektet, er omfattet af projektsygeplejerskens og lægernes generelle tavshedspligt. Derudover er alle data og oplysninger, der er indsamlet i forbindelse med projektet, opbevaret og behandlet fortroligt i henhold til Sundhedsloven og Persondataloven, og de vil kun blive publiceret i anonymiseret form.

5.4 Ret til aktindsigt

Som det også fremgår af det skriftlige materiale, der blev udleveret til den indsatte i forbindelse med de indledende samtaler om undersøgelsen, har deltagerne haft mulighed for at få aktindsigt i projektbeskrivelsen og alle registreringer vedrørende vedkommendes deltagelse i undersøgelsen med undtagelse af de dele, der indeholder fortrolige oplysninger om andre indsatte.

5.5 Datatilsynet

De oplysninger, der har været indhentet om de indsatte i både kontrol- og deltagergruppe, er omfattet af Direktoratet for Kriminalforsorgen generelle anmeldelse til Datatilsynet (journalnummer 2009-54-0752).

¹⁰ · Se retningslinjerne på <http://www.cvk.sum.dk/forskere/vejledning.aspx> (set 5. maj 2015).

Kapitel 6

Undersøgelsens populationer

I dette kapitel beskrives den konkrete gruppe af indsatte, der har deltaget i projektets aktiviteter; hvilke institutioner de kommer fra, hvordan de fordeler sig på køn, alder og dansk/ikke dansk CPR-nummer. Det vil desuden blive undersøgt, om de indsatte i deltagergruppen er sammenlignelige med de indsatte i kontrolgruppen, ligesom generaliserbarheden af projektets resultater testes.

6.1 Baggrundsoplysninger om deltagergruppen

For at skabe det bedst mulige grundlag for at gøre undersøgelsens resultater generaliserbare, blev der i udvælgelsesfasen lagt vægt på, at de inkluderede institutioner skulle repræsentere forskellige typer af institutioner i Kriminalforsorgen. Det blev blandt andet vægtet, at der skulle indgå både åbne og lukkede fængsler samt arresthuse, institutioner med og uden sygeplejerskebetjening samt institutioner med forskellige praksis for, om de indsatte bliver tilset uopfordret af sundhedspersonale eller ej. I tabel 1 findes en kort beskrivelse af de inkluderede institutioner med hensyn til disse faktorer.

Af tabel 2 fremgår det, hvor mange indsatte der har været inkluderet i projektet fordelt på de fire deltagende institutioner, og hvor stor en andel, de udgør af de potentielle indsatte. Med potentielle indsatte menes den gruppe, der er blevet indsat i projektperioden og i øvrigt opfylder inklusionskriterierne i projektet (jf. afsnit 4.1.3)¹¹.

Som det kan aflæses af tabel 2, har lige over 2/3 af de indsatte i Arresthuset i Slagelse og på Statsfængslet på Søbysøgård deltaget i alle projektets aktiviteter. I Arresthuset i Århus og på Statsfængslet Østjylland ligger deltagelsesprocenten noget lavere, idet under halvdelen af de indsatte har været med. Der er mange forhold, der kan have betydning for, hvorfor en større andel indsatte deltager på to af institutionerne. For eksempel kan forskelle i de indsattes personlige forhold, kulturen på institutionen i forhold til at ville samarbejde med personalet samt den konkrete opholdstid på institutionen tænkes at influere på de indsattes motivation/mulighed for at indgå i projektet. Desuden kan forskelle i forhold til hvornår

Tabel 1. Institutioner inkluderet i projektet.

Institution	Type	Geografisk placering	Sundhedspersonale tilknyttet <i>udenfor</i> projektet	Praksis for sundhedspersonalets kontakt til nyindsatte <i>udenfor</i> projektet	Sundhedspersonale tilknyttet projektet
Statsfængslet på Søbysøgård	Åbent fængsel	Fyn	En læge og to sygeplejersker	Indsatte bliver ikke uopfordret tilset af sundhedspersonale	En læge og to sygeplejersker
Statsfængslet Østjylland	Lukket fængsel	Jylland	En læge og fem sygeplejersker	En sygeplejerske tilser alle nyindsatte uopfordret førstkommande hverdag efter indsættelsen	En læge og to sygeplejersker
Arresthuset i Århus	Arresthus	Jylland	En læge og en sygeplejerske	En sygeplejerske tilser alle nyindsatte uopfordret førstkommande hverdag efter indsættelsen, når der er sygeplejerske tilstede	En læge og en sygeplejerske
Arresthuset i Slagelse	Arresthus	Sjælland	En læge og ingen sygeplejerske	Indsatte bliver ikke uopfordret tilset af sundhedspersonale	En læge og en sygeplejerske

Tabel 2. Antal indsatte der har deltaget i samtlige projektrelaterede undersøgelser. Fordelt på institution.

	Antal deltagere	Antal potentielle deltagere	Deltagelsesprocent
Arresthuset i Slagelse	94	141	67 %
Arresthuset i Århus	148	362	41 %
Statsfængslet på Søbysøgård	234	339	69 %
Statsfængslet Østjylland	197	423	47 %
I alt	673	1265	53 %

¹¹ · Afgrænsningen af hvilke indsatte, der er i gruppen af potentielle deltagere, er skabt ud fra sygeplejerskernes registreringer i det omfang, de findes, og ellers supplerende fra Kriminalforsorgens Klientssystem. Klientssystemet er et sagsbehandlingssystem, der anvendes af samtlige tjenestesteder i Kriminalforsorgen. I dette system er en lang række oplysninger om klienten og dennes varetægtsforhold og straffuldbyrdsforløb systematisk registreret, hvorfor det også kan bruges til statistiske formål.

og hvordan, de indsatte er blevet præsenteret for projektet, og hvornår på dagen de projektrelaterede undersøgelser er foregået, måske også bære en del af forklaringen på de forskellige deltagerlesesprocenter.

Totalt set har 53 pct. af de 1.265 potentielle indsatte været med i alle projektrelaterede aktiviteter.

Tabel 3 nedenfor viser, hvordan de 673 indsatte, der har deltaget i hhv. sygeplejerskens screeningsamtale og lægens helbredsundersøgelse, fordeler sig på køn og alder.

Tabel 3. Køns- og aldersfordelingen i deltagergruppen.

	Køn		Total
	Mand	Kvinde	
Under 18 år	0,1 % (1)	0,0 % (0)	0,1 % (1)
18-19 år	6,2 % (42)	0,3 % (2)	6,5 % (44)
20-24 år	25,7 % (173)	0,4 % (3)	26,2 % (176)
25-29 år	16,8 % (113)	0,3 % (2)	17,1 % (115)
30-34 år	15,0 % (101)	0,4 % (3)	15,5 % (104)
35-39 år	13,1 % (88)	0,30 % (2)	13,4 % (90)
40-44 år	9,7 % (65)	0,1 % (1)	9,8 % (66)
45-49 år	6,1 % (41)	0,0 % (0)	6,1 % (41)
50-59 år	4,2 % (28)	0,3 % (2)	4,5 % (30)
60-69 år	0,9 % (6)	0,0 % (0)	0,9 % (6)
Total	97,8 % (658)	2,2 % (15)	100,0 % (673)

Tabel 3 viser, at der kun har været en enkelt indsat under 18 år i projektet. Den største gruppe er de 20 – 24 årige, der udgør lidt over en fjerdedel af alle deltagerne. Tyngden ligger altså klart i den unge ende, hvilket også ses ved, at halvdelen af de indsatte er under 30 år, og kun omkring 20 pct. er over 40 år. Desuden ses det af tabellen, at kvinderne kun udgør omkring 2 pct. af de indsatte i den undersøgte gruppe.

Tabel 4. Antal deltagere med/uden dansk CPR-nummer.

	Antal	Procent
Dansk cpr	624	92,7 %
Ikke dansk cpr	49	7,3 %
Total	673	100,0 %

Tabel 4 viser, at 93 pct. af deltagerne har et dansk CPR-nummer. De syv pct., der ikke har et dansk CPR-nummer, er personer, der er født i udlandet, men som har haft ophold i Danmark forud for indsættelsen uden at være dansk bopæls- eller folkeregistreret. 34 ud af de 49 deltagere uden dansk CPR-nummer har statsborgerskab i et EU-land, som oftest Rumænien eller Litauen. Seks personer har statsborgerskab i et europæisk land udenfor EU, blandt andet Bosnien-Hercegovina, Albanien og Hviderusland. Fem indsatte kommer fra et asiatisk land, og endelig er der hhv. to

med statsborgerskab fra afrikanske lande og to statsløse, der har deltaget i projektet (se bilag 8, tabel 1).

6.1.1 Bortfaldet i projektet

I perioden 15.02.12 – 14.02.13, hvor projektet kørte, blev der som nævnt indsat i alt 1.265 varetægtsarrestanter og afsonere på de fire institutioner, der indgår i undersøgelsen. Af denne gruppe takkede 738 personer (58 pct.) ja til at deltage i den indledende screeningsamtale med sygeplejersken. Heraf deltog 673 indsatte også i den efterfølgende projektkonsultation med lægen. Dette svarer til, at 53 pct. af den potentielle deltagergruppe har deltaget i alle projektets aktiviteter (herefter benævnt deltagergruppen).

I dette afsnit vil bortfaldet blive analyseret med hensyn til, om det er særlige grupper, der har fra valgt at deltage, eller ikke har haft mulighed for at deltage pga. overførsel, løsladelse eller andet. Desuden vil der blive redegjort for, hvilke årsager der er til manglende deltagelse i projektet.

Når deltagergruppen sammenlignes med den potentielle deltagergruppe ses det, at aldersfordelingen er meget lig hinanden i de to grupper, og der kan da heller ikke observeres nogen signifikante forskelle (bilag 9, tabel 1). For både deltagergruppen og den potentielle deltagergruppe gælder det, at knap en tredjedel er under 25 år, og lige godt halvdelen er under 30 år. På samme måde er også kønsfordelingen i de to grupper relativt ens og uden signifikante forskelle (bilag 9, tabel 2). Dette betyder, at der ikke er nogen skævhed i, om det er mænd eller kvinder, unge eller ældre, der har deltaget i projektets aktiviteter. Alle grupper er nogenlunde ligeligt repræsenteret, når den undersøgte gruppe sammenlignes med den potentielle deltagergruppe.

Når det kommer til fordelingen af personer hhv. med og uden dansk CPR-nummer i de to populationer, ses der derimod en højsignifikant forskel (bilag 9, tabel 3). Personer uden dansk CPR-nummer udgør en betydelig mindre andel af deltagergruppen end af den samlede gruppe af indsatte, der potentielt set kunne have deltaget. Deltagerlesesprocenten har altså med andre ord været lav blandt indsatte uden dansk personnummer.

Indsatte med polsk, rumænsk og litauisk statsborgerskab er tre grupper af indsatte, der udgør en stor del af de potentielle deltagere uden dansk CPR-nummer (56 pct.), og som kun i ringe grad har

deltaget i projektet (21 pct. i gennemsnit) (bilag 9, tabel 4 og 5).

Den mest nærliggende forklaring på den relativt lave deltagelsesprocent er, at den sproglige barriere har besværliggjort deltagelse. Det informationsmateriale, der blev uddelt til potentielle deltagere, blev oversat til arabisk, engelsk, russisk, tyrkisk og tysk og litauisk¹². Dog ses det alligevel, som nævnt, at eksempelvis indsatte med litauisk statsborgerskab, der udgør en markant andel af de indsatte uden dansk CPR-nummer, har en lav deltagelsesprocent. Kun 13 pct. af denne gruppe har deltaget i den indledende screeningssamtale med sygeplejersken, mens det samme gør sig gældende for 65 pct. af de indsatte med dansk CPR-nummer. Der må derfor også være andre årsager end de rent sproglige til, at de udenlandske indsatte ikke har deltaget i så høj grad.

I det følgende afsnit vil de årsager, som sygeplejerskerne har registreret i forhold til manglende deltagelse i screeningsprojektet, blive gennemgået. Her vil det også blive undersøgt, om frafaldet er begrundet på forskellige måder for hhv. indsatte med og uden dansk CPR-nummer.

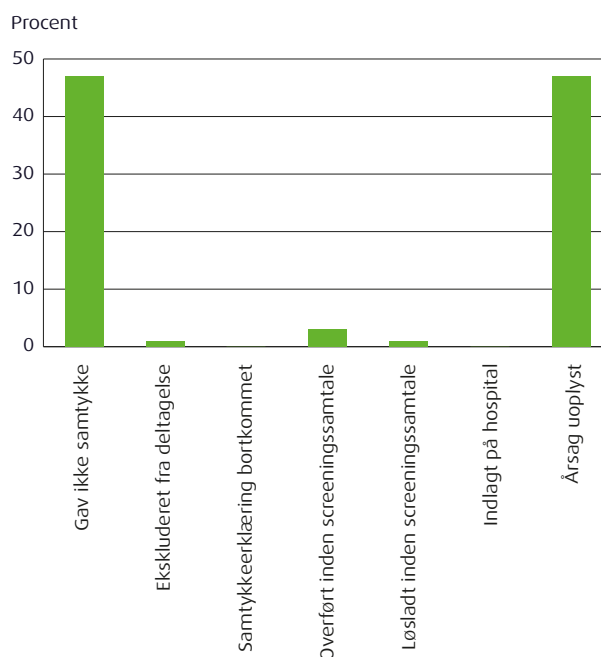
6.1.1.1 Årsager til bortfald

Af de 1.265 personer, der potentielt set kunne have deltaget i projektet, har 527 (42 pct.) ikke deltaget i screeningssamtalen med sygeplejerskerne. Figur 1 viser, hvilke årsager der er angivet til bortfaldet.

For en relativt stor andel af de bortfaldne (47 pct.) er der ikke angivet nogen årsag til den manglende deltagelse. Dette skyldes primært, at sygeplejerskerne kun har udfyldt skema med årsag til bortfald i de tilfælde, hvor hun har haft kontakt til den indsatte. Omkring 1/3 af de indsatte, der ikke har et bortfaldsskema, har opholdt sig på projektinstitutionen i ti dage eller mindre, så her er der formentlig tale om, at sygeplejerskerne ikke har nået at indhente samtykke inden, de er blevet overflyttet eller løsladt. For en dels vedkommende kan der ligeledes være tale om registreringsfejl,

12 · I de tilfælde hvor der har været behov for andre sprog, end dem materialerne har været oversat til, har projektets retningslinjer været, at der skulle anvendes tolk. I forhold til afholdelse af selve screeningssamtalen har det i alle tilfælde været nødvendigt at bruge tolk, hvis ikke samtalen kunne klares på engelsk eller andet fælles sprog. Af projekt-materialet fremgår det, at der har været anvendt tolkebistand i 26 ud af de 58 screeningssamtaler (45 pct.), der har været afholdt med indsatte uden dansk CPR-nummer. Der kan ikke ses noget mønster i, om der i højere grad har været anvendt tolk overfor nogle statsborgere end andre.

Figur 1. Årsager til manglende deltagelse i screeningssamtalen med sygeplejerske.



altså at sygeplejerskerne ikke har fået udfyldt et bortfaldsskema.

Figur 1 viser også, at 47 pct. af de frafaldne er blevet spurgt, om de ønskede at være med i projektet, men har ikke givet samtykke til at deltage. I nogle tilfælde har projektpersonalet uddybet, hvorfor den indsatte ikke ønskede at deltage. Registreringerne viser, at flere siger nej til at deltage, fordi de ikke skal være på institutionen i så lang tid, og derfor ikke ser noget formål med at indgå i projektet. Andre kan ikke overskue det pga. deres psykiske tilstand efter indsættelsen eller mener ikke, at det kan give dem noget at være med i projektet. Andre igen har sagt til sygeplejerskerne, at de *"bare ikke gider"*. I ét tilfælde, har sygeplejersken angivet, at hun vurderer, at det manglende samtykke også kan bunde i den indsattes helbredsmæssige forhold – altså at han frygter at være syg, ønsker at skjule misbrugsrelateret sygdom eller lign.

Af figur 1 kan det videre aflæses, at det i 1 pct. af bortfaldssagerne, svarende til syv tilfælde, har været sygeplejerskerne selv, der har ekskluderet den indsatte fra deltagelse i projektet. Tre af sagerne handler om, at den indsatte udviste truende eller aggressiv adfærd, hvorfor samtalen ikke kunne gennemføres. I de resterende fire tilfælde har den indsatte forsøgt at sætte nogle krav for samtalen, som ikke kunne imødekommes.

To gange er der indhentet samtykke til deltagelse og gennemført screeningssamtale, men da sam-

tykkeerklæringen siden er bortkommet på institutionen, er oplysningerne om de pågældende indsatte helbredstilstand udeladt af analyserne.

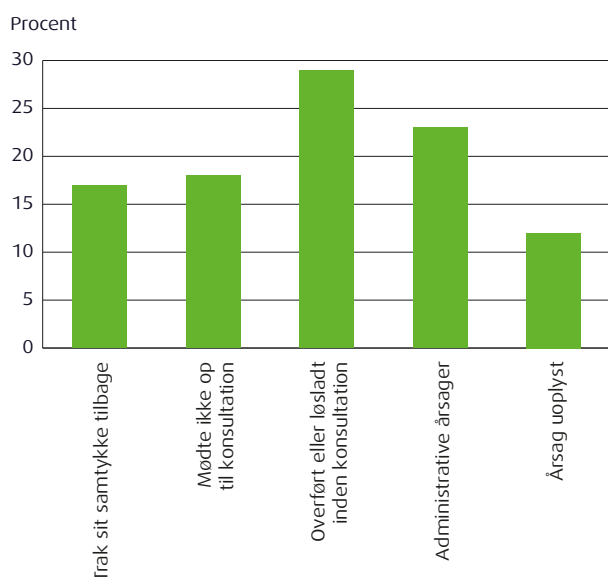
I 21 tilfælde, svarende til 4 pct. af bortfaldssagerne, har den indsatte sagt ja til at deltage, men er blevet overført eller løsladt inden, at samtalen blev gennemført. Endelig er en indsat blevet indlagt på hospitalet, hvilket umuliggjorde deltagelse i projektet.

Når årsagerne til bortfaldet fordeles på, om de indsatte har dansk CPR-nummer eller ej, ses der ingen nævneværdige forskelle. Det er altså overordnet set de samme årsager, der gør sig gældende for de to grupper (bilag 9, tabel 6). Heller ikke når der konkret ses på gruppen af indsatte uden dansk CPR-nummer og med hhv. polsk, rumænsk og litauisk statsborgerskab, som udgør en stor gruppe med en høj bortfaldsprocent, kan der identificeres særlige årsager til, at de ikke har været med i projektet (bilag 9, tabel 7). Forskellene kan dog gemme sig bag det manglende samtykke, forstået på den måde, at der kan være forskellige grunde til, at hhv. de indsatte med og uden dansk CPR-nummer ikke har ønsket at deltage. Det er imidlertid ikke muligt ud fra projektets data at komme et svar nærmere.

Af de 738 indsatte, der har deltaget i screenings-samtalen med sygeplejersken, er der som nævnt 673 personer, der efterfølgende også har deltaget i projektkonsultationen med lægen. Den næste figur viser årsagerne til, at 65 indsatte er faldet fra mellem de to projektaktiviteter.

I mere end 1/3 af tilfældene er årsagen til frafaldet, at den indsatte enten eksplicit har givet udtryk for,

Figur 2. Årsager til manglende deltagelse i lægekonsultationen.



at han alligevel ikke ønskede at være med i projektet længere, eller blot udeblev fra konsultation med lægen. 29 pct. er blevet overført eller løsladt mellem afholdelse af screeningssamtalen og konsultationen, hvilket umuliggjorde den videre deltagelse. Knap 1/4 af frafaldssagerne er kategoriseret som administrative årsager. Disse dækker blandt andet over sygdom i lægegruppen og sager, hvor kommunikationen mellem sygeplejerske og læge har svigtet, og lægen derfor ikke har været klar over, at en indsat skulle deltage i projektkonsultation.

Af de 673 indsatte, der har deltaget i konsultationen, har projektlægen udfyldt et tremåneders-skema for 672 af dem. Den sidste indsatte er udgået af projektet af administrative årsager.

Opsummeret viser bortfaldsanalysen, at i alt 672 indsatte ud af 1.265 mulige har deltaget i samtlige af projektets aktiviteter, hvilket svarer til en bortfaldsprocent på 47 pct. Der ses ikke nogen signifikante forskelligheder i forhold til køns- og aldersfordelingen i hhv. deltagergruppen og den potentielle deltagergruppe. Bortfaldet er med andre ord ikke skævt med hensyn til disse faktorer. Med hensyn til indsatte uden dansk CPR-nummer, er der imidlertid en signifikant lavere andel i deltagergruppen (7 pct.) sammenlignet med den potentielle deltagergruppe (17 pct.). Dette betyder, at bortfaldet blandt de indsatte uden dansk CPR-nummer har været relativt højt, og at der kun er 49 personer i deltagergruppen, der er udlændinge uden dansk bopæls- eller folkeregistrering.

6.2 Sammenligning af deltagergruppen og kontrolgruppen

Et af de helt centrale spørgsmål i denne undersøgelse er, hvorvidt der registreres mere betydende sygdom blandt de indsatte, når alle bliver helbredsundersøgt af en læge sammenlignet med en praksis, hvor de indsatte ikke pr. automatik bliver tilset af sundhedspersonale. Bortfaldet i den potentielle deltagergruppe kan imidlertid give nogle problemer i forhold til at foretage en direkte sammenligning af sygdomsfundene i hhv. kontrolgruppen og deltagergruppen. Derfor foretages i dette afsnit en test af, om sygdomsfordelingen ændrer sig i deltagergruppen, hvis data vægtes, så deltagergruppen ligner kontrolgruppen med hensyn til køn, alder, dansk/ikke dansk CPR-nummer samt hovedkriminalitet.

I forhold til de indsatte i kontrolgruppen er der ikke noget bortfald, da der her blot er tale om regi-

strering af historiske data ud fra foreliggende patientjournaler. Tabel 5 viser, hvordan de indsatte i kontrolgruppen fordeler sig på de fire institutioner, der har været med i projektet.

Tabel 5. Antal indsatte i kontrolgruppen fordelt på institution.

	Antal	Procent
Arresthuset i Slagelse	56	8 %
Arresthuset i Århus	208	31 %
Statsfængslet på Søbysøgård	206	30 %
Statsfængslet Østjylland	208	31 %
Total	678	100 %

For at sikre at de fund, der præsenteres i det følgende, ikke er et resultat af, at de personer, der har valgt at være med i projektet er forskellige fra de indsatte i kontrolgruppen, har der været udført forskellige tests. For det første testes ved almindelige krydstabeller og chi² test, om der er signifikante forskelle på de to grupper med hensyn til køn, alder, og om de har dansk CPR-nummer eller ej. Testene viser, at der er forskelle. I deltagergruppen er der færre af de helt unge under 20 år samt en mindre andel kvinder og personer uden dansk CPR-nummer. Desuden er der også forskel på, hvilken hovedkriminalitet de indsatte i de to grupper er dømt for. I deltagergruppen er der færre, der er dømt for personfarlig kriminalitet som drab og vold, mens der er flere, der er dømt for narkotikakriminalitet (se bilag 10, tabel 1-4). Disse forskelle kan potentielt set have betydning for, om helbreds niveauet i de to grupper er ens, da såvel køn, alder, hovedkriminalitet som dansk/ikke dansk CPR-nummer, kan hænge sammen med personens helbreds tilstand. Det er vigtigt, at de screenede og kontrolgruppen som udgangspunkt ligner hinanden rent sygdomsmæssigt for, at det er muligt at sige noget om, hvorvidt der med en systematisk lægeundersøgelse findes flere (betydende) sygdomme. Ellers kan det være tilfældet, at de forskelle, der findes, blot er et udtryk for, at de to grupper reelt er forskellige. Derfor er næste test at vægte data med de nævnte variable for derved at undersøge, om det rykker ved den overordnede sygdomsfordeling i de to grupper.

Vægtningen af data skal altså vise, om det, at der skabes lighed mellem deltagergruppen og kontrolgruppen på hhv. køn, alder, dansk/ikke dansk CPR-nummer samt hovedkriminalitet, rykker ved sygdomsfordelingen de to grupper i mellem. Det er lægernes samlede konklusion af, om den indsatte har nogen betydende sygdomme, der er anvendt til

testen. Det viser sig, at dét, at der vægtes, så deltagergruppen ligner kontrolgruppen på de nævnte faktorer, kun rykker minimalt ved sygdomsfordelingen i deltagergruppen (se bilag 11, tabel 1-4). Dette betyder, at den sygdomsfrekvens, der er registreret i deltagergruppen – og dermed den forskel, der er fundet mellem sygdomsfrekvensen i deltagergruppen og kontrolgruppen – ikke kan forventes at være et resultat af, at de to grupper er forskellige.

Med den viden er det ikke statistisk sandsynligt, at en mulig ny, femte variabel vil kunne ændre væsentligt ved sygdomsfordelingen, da det vil kræve, at de fire variable, der er vægtet med, ikke er korreleret med sygdom (Rubin 2005). Det er kendt indenfor sundhedsforskning, at der er sammenhæng mellem helbreds tilstand og både køn, alder og etnicitet, hvorfor det ikke vurderes at være en plausibel antagelse (se fx Sundhedsstyrelsen 2010, Ekholm et al 2007, Ekholm og Rasmussen 2003, Schläger et al 2005 og Holmberg et al 2009). Med andre ord må det antages, at sygdomsbilledet for hhv. indsatte i kontrolgruppen og i deltagergruppen ligner hinanden tilstrækkeligt meget i udgangspunktet til, at der kan foretages en direkte sammenligning af de sygdomsfund, der er registreret i de to grupper.

6.3 Kan projektets resultater generaliseres?

Både deltagergruppen og kontrolgruppen udgør en stikprøve fra den totale population af indsatte i Kriminalforsorgens fængsler og arresthuse. De fire institutioner, der indgår i projektet, er hhv. et åbent fængsel, et lukket fængsel, et større arresthus samt et mindre arresthus. På et overordnet niveau afspejler de således de institutionstyper, der findes. Det er dog ikke ens betydende med, at den udvalgte deltagergruppe og kontrolgruppe er repræsentativ for alle indsatte i Kriminalforsorgens fængsler og arresthuse. Derfor kan det ikke vides, om de resultater, der er opnået i dette projekt, kan generaliseres til samtlige institutioner. For at komme spørgsmålet om generaliserbarhed nærmere, er det undersøgt, hvorvidt hhv. kontrolgruppen og deltagergruppen ligner den totale population af indsatte i forhold til alder, køn og dansk/ikke CPR-nummer ¹³. Al-

¹³ - Totalpopulationen er skabt via et udtræk fra Kriminalforsorgens Klientssystem. Udtrækket viser oplysninger om samtlige indsættelser i Kriminalforsorgens fængsler og arresthuse i projektperioden. Indsættelser på Ellebæk er undtaget. Anholdte og indsatte i henhold til udlændingeloven er ligeledes ekskluderet fra populationen, så den er mest sammenlignelig med deltagergruppen og kontrolgruppen. Hver person er kun repræsenteret én gang.

dersfordelingen i de tre grupper viser sig at være relativt ens. Dog er der en lidt højere andel af indsatte over 50 år i den totale population sammenlignet med de to stikprøver. I forhold til køn ses i såvel kontrolgruppen som deltagergruppen en lavere andel kvinder sammenlignet med totalpopulationen. Den absolut mest markante forskel findes dog i forhold til, om de indsatte har dansk CPR-nummer eller ej. Personer uden dansk CPR-nummer er tydeligt underrepræsenteret i begge stikprøver. Hvor det er hhv. 7 og 11 pct., der ikke har dansk CPR-nummer i deltagergruppen og kontrolgruppen, er det hele 25 pct. i totalpopulationen (bilag 12, tabel 1-3).

Disse forskelle kan betyde, at en systematisk helbredsundersøgelse af alle nyindsatte ikke giver samme effekt, hvis den udføres på samtlige fængsler og arresthuse, fordi klientellet adskiller sig fra dem, der har været med i projektet. Ved at vægte data, så både kontrolgruppe og deltagergruppe ligner den totale population med hensyn til køn, alder og dansk/ikke dansk CPR, kan det undersøges, om den sygdomsfordeling, der er

registreret i projektet bliver anderledes, når de indsatte karakteristika ensartes.

Det viser sig, at sygdomsfordelingen i hhv. kontrolgruppen og deltagergruppen og dermed den forskel, der findes i mellem dem, kun ændrer sig minimalt, når de to grupper vægtes, så de har samme fordeling på de tre nævnte baggrundsvARIABLES som totalpopulationen (bilag 13, tabel 1). På den baggrund må det derfor antages, at resultaterne af denne undersøgelse kan generaliseres. Med andre ord kan det forventes, at resultaterne fra dette projekt også vil opnås, hvis en systematisk helbredsundersøgelse iværksættes på samtlige fængsler og arresthuse. Det skal dog nævnes, at undersøgelsen ikke kan udtale sig om effekten for forskellige delpopulationer. Eksempelvis vil det ikke kunne udledes, hvad der kan opnås ved at indføre generelle helbredsundersøgelser specifikt for klienter uden dansk CPR-nummer, eller for kvinder, mænd, unge eller ældre. Dertil er datagrundlaget for spinkelt. Undersøgelsens resultater og generaliserbarheden af dem vedrører derfor kun den samlede population af indsatte.

Kapitel 7

Statistisk metode

I dette kapitel gennemgås de analysemetoder, der anvendes til at belyse de tre formål, der er formuleret i rapportens afsnit 1.2. Datagrundlaget og databehandlingen er forskellig alt efter hvilket af de tre undersøgelsesspørgsmål, der besvares. Derfor vil metoden til at belyse de tre formål blive gennemgået hver for sig nedenfor.

7.1 Undersøgelsesspørgsmål I. Opdages flere betydende somatiske sygdomme?

Det første formål med undersøgelsen er at finde ud af, om et lægeligt helbredstjek ved indsættelsen medfører, at der opdages flere betydende somatiske sygdomme blandt de indsatte sammenlignet med en praksis, hvor nyindsatte ikke altid tilses af sundhedspersonale ved indsættelsen.

Spørgsmålet besvares ved at opgøre, hvordan den procentuelle fordeling ser ud i hhv. deltagergruppen og kontrolgruppen på forskellige mål for sygelighed. Blandt andet undersøges det, om der procentuelt findes lige så mange betydende syge i kontrolgruppen som i deltagergruppen, samt hvor

stor en andel af de to grupper, der er registreret med en diagnose inden for de forskellige ICPC-2 hovedgrupper.

Der er således tale om en ren deskriptiv analyse. For at konstatere om resultaterne er tilfældige anvendes signifikanstest. Signifikansniveauet er i disse – såvel som i alle øvrige analyser i projektet – sat til 0,05.

Til analysen af det første undersøgelsesspørgsmål er det de helbredsoplysninger, som lægerne har registreret i deltagergruppens tre-månedersskemaer, der sammenlignes med de oplysninger, der er noteret vedr. kontrolgruppen i patientjournalerne. Både i forhold til tre-månedersregistreringerne for deltagergruppen og helbredsregistreringerne vedr. kontrolgruppen er der tale om en gennemgang af patientjournaler. Lægerne har ved denne gennemgang kigget på notatoplysningerne og derud fra trukket de diagnoser ud, der på registreringstidspunktet har betydning for en almen praktiserende læges beskrivelse af den indsatte. For hver

af de fire institutioner, hvor projektet er udført, er det som anført i metodeafsnittet den samme læge, der har foretaget alle registreringer vedr. de indsatte i både deltager- og kontrolgruppen.

Det er væsentligt, at det netop er tre-månedersregistreringerne, der er udvalgt til analyserne af helbredsundersøgelsernes effekt, da disse vurderes at være mest sammenlignelige med registreringerne vedr. kontrolgruppen. For både registreringerne vedr. kontrolgruppen og tre-månedersregistreringerne gælder det, at de er opsamlende og tilbagevendende i deres form. På en given dag har lægerne altså gennemgået patientjournalerne for en længere periode og til projektet anført en samlet og endelig konklusion vedr. den indsatte helbred.

7.1.1 Styrkeberegning

Hvor signifikansniveauet viser sandsynligheden for at tage fejl, viser styrketallet sandsynligheden for at have ret. Styrkeberegning er en beregning af sandsynligheden for at få et statistisk signifikant resultat, når der rent faktisk er forskel på de sammenlignede grupper – altså sandsynligheden for korrekt at forkaste 0-hypotesen. I dette tilfælde er det et spørgsmål om sandsynligheden for at konstatere signifikant forskel på sygdomsforekomsten i deltagergruppen og kontrolgruppen – når der faktisk er en forskel. Med de populationsstørrelser, der er i projektet, hhv. 673 i deltagergruppen og 678 i kontrolgruppen, skal undersøgelsen konstatere en forskel i sygdomsforekomst på mindst 7 procentpoint mellem de to grupper, for at resultatet er sikkert på et 5 pct. signifikansniveau.

Til styrkeberegningen anvendes lægernes samlede konklusion vedr. den indsatte helbredstilstand. Konkret betyder det, at der skal registreres mindst 7 procentpoint flere indsatte med *”livskvalitetsforringende eller funktionsnedsættende somatisk sygdom”* i deltagergruppen end i kontrolgruppen. Hvis dette er tilfældet, er der 95 % sandsynlighed for, at hypotesen om, at der bliver opdaget mere betydende sygdom, når alle modtager en generel lægelig helbredsundersøgelse, er sand. Resultatet af styrkeberegningen præsenteres i kapitel 9.

7.2 Undersøgelsesspørgsmål 2. Klassificerer sygeplejerskerne de indsatte korrekt?

Undersøgelsens andet formål er at teste, om Kriminalforsorgens sygeplejersker via det screeningsinstrument, der er anvendt i projektet, er i stand til at identificere de indsatte, hvis helbredstilstand kræver, at vedkommende bliver set af en læge.

De statistiske analyser skal dels afgøre, om sygeplejerskens screeningsværktøj korrekt klassificerer den indsatte behov for lægelige tiltag i et tilfredsstillende omfang, og dels at undersøge hvilke spørgsmål i screeningsværktøjet der selvstændigt bidrager til klassificeringen.

Screeningsværktøjet, der er anvendt af sygeplejerskerne, skal være i stand til at diskriminere mellem personer, der har en helbredstilstand, som tilsiger lægelig intervention og personer, der ikke har dette behov. Desuden skal værktøjet være i stand til at inddele de syge i to grupper; de personer der ikke har behov for akut udredning af en læge og de personer, der har behov for akut udredning af en læge. Der ønskes ikke at differentiere mellem forskellige, specifikke diagnoser. Screeningsværktøjets resultat forholdes til resultatet af de projektansatte lægers diagnose – der i projektet er valgt til at være undersøgelsens ‘guldstandard’.

Der er anvendt logistisk regression (backwards conditional) til at bestemme, hvilke spørgsmål i screeningsværktøjet der bidrager til, at sygeplejersken foretager hhv. fejlagtig eller korrekt konklusion. Logistisk regression er en statistisk analyse, hvor sigtet er at finde den kombination af forklarende variable, der bedst forudsiger en afhængig variabel. Den afhængige variabel kan kun antage heltal, typisk et par få kategorier. Når modellen estimeres (tilpasses til data), findes de regressionsparametre (vægte), der giver den bedste overensstemmelse mellem baggrundsvARIABLENE og den afhængige variabel. I dette projekt er lægernes konklusion den afhængige variabel. Analysen sigter således mod at finde de vægte fra sygeplejerskernes screenings-skema, der giver den bedste overensstemmelse med lægernes vurdering af behovet for lægelige tiltag. Vægtene fortolkes som odds ratioer. Odds ratio er chancen for, at begivenhed A indtræffer (fx at lægen vurderer den indsatte som syg), når begivenhed B er indtruffet (fx at sygeplejerskerne vurderer den indsatte som syg) i forhold til chancen for, at begivenheden A indtræffer, når begivenhed B ikke er indtruffet. Sandsynligheden findes ved en simpel optælling af hændelser i datamaterialet. Hvis odds ratioen er 1, er der ingen sammenhæng. Hvis ratioen er større end 1, øges sandsynligheden for at begivenhed A indtræffer, når begivenhed B indtræffer, og hvis den er under 1, mindskes sandsynligheden for samme.

7.2.1 Spørgsmålenes selvstændige bidrag til klassificeringen

En væsentlig opgave i projektet er at teste et screeningsværktøj, der kan anvendes i en, for såvel den indsatte som for personalet, presset situation. Dette gør det ønskeligt, at værktøjet alene indeholder de spørgsmål, der har den største selvstændige forklaringsværdi i forhold til en korrekt klassifikation, og at redundante og/eller insignifikante spørgsmål elimineres.

Den logistiske regression kan bidrage til at reducere redundans blandt spørgsmålene, da opbygningen af regressionsmodellen indbefatter kontrol for samvarians og multikolaritet blandt de uafhængige variable.

For en mere præcis karakteristik af den eventuelle samvariation mellem spørgsmålene, altså de føromtalt uafhængige variable, anvendes faktoranalyse. En faktoranalyse grupperer korrelerede variable og giver blandt andet mulighed for at udvælge en surrogatvariabel, der bedst muligt

repræsenterer den samlede variation i gruppen. Faktoranalysen kan resultere i flere faktorer, men altid færre end antallet af variable/spørgsmål, der danner baggrund for analysen. Analysen bruges således også som datareduktionsmetode, da man under ideelle forhold kan erstatte en gruppe af samvarierende variable med én enkelt faktor.

7.3 Undersøgelsesspørgsmål 3. Hvad karakteriserer de indsattes somatiske helbredstilstand?

Det tredje formål med undersøgelsen er at undersøge og dokumentere hvilke somatiske sygdomme, der findes blandt Kriminalforsorgens klientel, når alle bliver tilset af en af Kriminalforsorgens alment praktiserende læger. Der er her – i lighed med de statistiske analyser til besvarelse af undersøgelsesspørgsmål 1 – tale om en ren deskriptiv analyse. Forekomsten af forskellige sygdomme blandt de indsatte opgøres på baggrund af projektlægernes tre-månedersregistreringer vedr. deltagergruppen.

Kapitel 8

Usikkerheder omkring data og rapportens begrænsninger

Ved alle undersøgelser findes usikkerheder og fejlkilder, der kan skævvride resultaterne eller gøre dem mere eller mindre usikre. I dette kapitel nævnes nogle af de forhold, som kan formodes at have indflydelse på de analyser og resultater, der præsenteres i denne rapport.

8.1 Sammenligneligheden af sygdomsfund i deltagergruppen og kontrolgruppen

Når det i kapitel 9 undersøges, hvorvidt der i deltagergruppen opdages flere betydende somatiske sygdomme sammenlignet med kontrolgruppen, er der ikke kontrolleret for, om opholdstiden for de indsatte i de to grupper er ens. Det vides derfor ikke, om der er signifikante forskelle på, hvor lang tid de to populationer har været indsat. Dette kan eventuelt have indflydelse på, hvor meget der står skrevet i journalerne, hvor sikre oplysningerne er, og måske også hvor velbehandlede de indsatte kan nå at være blevet på registreringstidspunktet.

Et andet forhold, der kan problematisere sammenligneligheden af de registrerede oplysninger i hhv. deltagergruppen og kontrolgruppen, er variationerne i lægernes registreringer i de to populationer. Variationerne kan både opstå som følge af de oplysninger, de indsatte giver lægen, og på grund af lægernes individuelle vurderinger og registreringer. De indsattes oplysninger kan ved identiske sygdomsforhold være betydeligt varierende, og det kan således også være med til, at der ved forskellige konsultationer afgives varierende vurderinger af hvad, der er betydende lidelse og hvad, der kræver lægelige tiltag. Desuden kan det forekomme, at ikke alle sygdomsforhold bliver noteret i patientjournalerne. En sådan mangelfuld registrering er formentlig mere sandsynlig i forhold til kontrolgruppen, idet lægerne i kraft af projektet må forventes at være særligt opmærksomme på at notere alle relevante forhold omkring den indsattes helbredstilstand. Dette kan betyde, at den eventuelle effekt, der findes ved helbredsscreeningen vurderes at være større, end den reelt er i praksis.

Da det ikke er muligt i forbindelse med dette projekt at undersøge, hvorvidt der reelt er en underreportering af sygdomme i kontrolgruppens patientjournaler, kan der ikke tages nærmere højde for dette forhold. Det må derfor omvendt antages og lægges til grund, at de love og bekendtgørelser, der er på området, er fulgt. Det fremgår af lov for sundhedspersoners autorisation (LBK nr. 877 af 04/08/2011), at patientjournaler skal føres ved sundhedsmæssig virksomhed, at journalerne skal indeholde de oplysninger, der er nødvendige for en god og sikker patientbehandling i alle henseender, og at oplysningerne skal journalføres så snart som muligt efter patientkontakten. Sundhedsstyrelsen har i bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (BEK nr. 3 af 02/01/2013) anvist, at patientjournalen, af hensyn til patientsikkerheden, skal være i stand til at danne grundlag for information og behandling af patienten. Desuden skal den dokumentere den udførte behandling og alle tiltag, fungere som det nødvendige interne kommunikationsmiddel mellem det personale, der deltager i behandlingen af patienten, sikre kontinuitet i behandlingen samt danne grundlag for tilsyn.

8.2 Sammenligneligheden af lægernes registreringer

Udover at de registrerede data omkring deltagergruppen og kontrolgruppen skal være sammenlignelige, er det også vigtigt, at de fire læger internt i projektet registrerer observerede sygdomsforhold på sammenlignelig vis. Med henblik på at øge ensartetheden af de angivne diagnoser og vurderinger af en eventuel sygdoms alvorlighed de fire institutioner imellem, har der i projektperioden været afholdt samrating, hvor de projektansatte læger har drøftet konkrete cases og deres diagnosticering og konklusioner på baggrund af disse. Det er dog usandsynligt, at dette tiltag har fjernet al uoverensstemmelse mellem lægernes registreringer. Der vil uden tvivl fortsat findes divergerende opfattelser og dermed registreringer af sygdomsforhold lægerne imellem. Da det som nævnt er de samme læger, der har registreret diagnoser mv. for såvel de indsatte i deltagergruppen som kontrolgruppen på hver af de fire institutioner, antages det dog ikke at påvirke resultaterne af analysen vedr. helbredsundersøgelsernes effekt. Forskeligheder i lægernes registreringer kan derimod have betydning for resultaterne af analysen vedr. sygeplejerskernes screening af de indsatte. Dette forhold vil blive taget op og drøftet i rapportens afsluttende kapitel 12.

8.2.1 De konkrete ICPC-2 DK diagnoser

I ICPC-2 DK kodeskemaet skelnes der ikke mellem mistænkte og bekræftede diagnoser. Det er tanken med kodningen, at så længe der kun er tale om mistanke om en sygdom, skal der kun registreres symptomdiagnoser. For eksempel skal lægerne ikke kode R81 Lungebetændelse, før dette er undersøgt og verificeret, men i stedet angive R05 Hoste, hvis det er det, der er symptomet (DAK-E 2010). I screeningsprojektet har lægerne dog ikke i alle tilfælde fuldt disse retningslinjer, hvorfor der også fremgår sygdomsdiagnoser, der ikke alle er bedst muligt verificeret. Med andre ord vil de sygdomsdiagnoser, der præsenteres i rapporten også kunne være nogen, der er mistænkt af projektlægen, og som derfor kræver yderligere diagnostisk udredning. Da det er de samme læger, der har foretaget al kodning vedr. de indsatte helbredstilstand, må denne unøjagtighed imidlertid forventes at forekomme på samme måde i såvel konsultations- og tre-månedersregistreringerne vedr. deltagergruppen som i registreringerne vedr. kontrolgruppen. Der er derfor ikke tale om et sammenlignelighedsproblem, men om et forhold, der vedrører præcisionen af de angivne diagnoser.

8.3 Screeningsamtalens forløb i praksis

En svaghed ved projektet er, at det ikke vides præcist, hvordan sygeplejerskerne har anvendt screeningsredskabet i praksis. Det er usikkert, i hvor høj grad sygeplejerskerne er gået systematisk til værks og stillet spørgsmålene i screeningskemaet i den rækkefølge og ordlyd, de fremgår, eller om de i større udstrækning har brugt skemaet som inspiration til, hvad screenings samtalen kan omhandle. Derfor er det problematisk med sikkerhed at udtale sig om, hvorvidt screeningsredskabet i sig selv fungerer, da en anden og evt. mere systematisk brug af det, måske ville medføre et andet resultat. Dog må det formodes, at det afgørende for resultatet af en screenings samtale ikke er skemaet i sig selv, men sygeplejerskernes faglighed. Screeningskemaet er først og fremmest tænkt som et hjælperedskab, som kan understøtte sygeplejerskens faglige vurdering og ikke som en erstatning for denne, så hvorvidt et andet redskab eller en anden brug af det eksisterende redskab vil kunne ændre væsentligt på resultatet, er formentlig begrænset.

8.4 Rapportens begrænsninger

Det er vigtigt at få klargjort, hvad denne rapport kan udtale sig om, og hvad den ikke kan udtale sig om. Dette særligt set i lyset af de mange anbefalinger vedr. screening, der er præsenteret i kapitel 3.

Som beskrevet er et af undersøgelsens hovedspørgsmål, hvorvidt der ved en lægelig helbredsundersøgelse af nyindsatte opdages flere sygdomme blandt de indsatte, herunder flere betydende sygdomme. Det er i forbindelse med projektet ikke muligt at se på de langsigtede effekter af undersøgelsen i forhold til eventuelle ændringer i dødelighed og sygelighed blandt deltagergruppen sammenlignet med kontrolgruppen. Helbredsundersøgelsernes effekt vil derimod blive målt ved, om der er signifikante forskelle på antallet af diagnoser – og herunder særligt antal betydende diagnoser – i de to populationer. Det kan således ikke afvises, som det påpeges i det førnævnte Cochrane review (Krogsbøll et al 2012), at en eventuel funden effekt af helbredsundersøgelserne målt ved antal fundne alvorlige diagnoser, er udtryk for overdiagnosticering og senere overbehandling, og at de fundne forskelle ikke vil vise sig betydningsfulde på den lange bane, når der ses på blandt andet levetiden for de to grupper. Emnet vil blive nærmere berørt i det afsluttende kapitel 12.

Rapporten vil give svar på, hvorvidt sygeplejerskerne via deres screeningskema foretager den rigtige konklusion omkring den indsatte's behov for at blive set af en læge. Rigtigheden af lægernes generelle helbredsundersøgelse – eller screening,

som det reelt også er – kan derimod ikke testes/ efterprøves, da projektets design ikke giver mulighed for dette. Usikkerheden omkring lægernes konklusion vil blive drøftet nærmere i afsnit 12.2.1.

Som det også har været berørt i afsnit 6.3, skelnes der ikke mellem udbyttet af eventuelt at indføre en generel helbredsundersøgelse på hhv. fængsler versus arresthuse eller for andre delpopulationer, som fx mænd, kvinder, unge eller ældre. Resultaterne i forhold til om der findes mere (betydende) sygdom, når en læge tilser alle ved indsættelsen, opgøres og præsenteres samlet for hele deltagergruppen og hele kontrolgruppen. Datagrundlaget er for begrænset til at dele det yderligere op, hvorfor resultaterne af en sådan analyse vil blive for usikker.

Endelig vil de økonomiske implikationer af at indføre systematisk helbredsundersøgelse ved enten sygeplejerske eller læge ikke blive beregnet i rapporten. Omkostningerne afhænger af hvilken konkret model, der eventuelt ønskes indført, og hvordan den sundhedsmæssige betjening mere præcist er tilrettelagt på det tidspunkt, hvor ændringerne i så fald indføres. Derfor er det projektgruppens anbefaling, at der, hvis det besluttes, at der skal foretages ændringer i sundhedspersonalets arbejde, nedsættes en arbejdsgruppe, der kan foretage de nærmere økonomiske beregninger.

Kapitel 9

Har generelle helbredsundersøgelser i Kriminalforsorgen effekt?

I dette kapitel besvares undersøgelsens første spørgsmål om, hvorvidt der opdages flere (betydende) somatiske sygdomme, når alle indsatte modtager et generelt helbredstjek ved læge sammenlignet med en praksis, hvor sundhedspersonale ikke systematisk tilser alle indsatte ved indsættelsen.

Besvarelsen sker på baggrund af sammenligning af sygdomsregistreringerne for deltagergruppen, som alle har gennemgået en generel helbredsundersøgelse ved indsættelsen, og registreringerne vedr. kontrolgruppen, hvor de indsatte først tilses af en læge, hvis de selv eller personalet på institutionen anmoder om det.

Projektet er grundlæggende en screening for somatiske lidelser hos de indsatte. Dog er lægerne

og sygeplejerskerne i projektet meddelt, at denne afgrænsning ikke må forhindre, at de også medtager psykiske lidelser, der har større eller mindre relation til somatiske helbredsforhold. I nationale og internationale diagnosesystemer registreres eksempelvis misbrug af stoffer og lægemidler som en psykisk lidelse, men i den udstrækning, at misbruget kan få sekundære somatiske manifestationer, fx via fejlfiks med årebetændelse eller bylder, optræder dette forhold altså også i projektpersonalets vurderinger og registreringer. På samme måde indgår abstinenser også som en psykisk lidelse i diagnosesystemerne pga. de psykiske abstinenser, men i praksis er abstinenser i høj grad også præget af de fysiske tegn, som sved, tremor, motorisk uro mm., og derfor bliver abstinenser i projektet også opfattet som en somatisk lidelse.

Generelt er projektpersonalet altså bedt om at tage højde for alle psykiske lidelser, når de vurderer, at disse eventuelt kan have betydning for screeningen af den nyindsattes somatiske helbredstilstand. De psykiske lidelser vil derfor også i et vist omfang indgå i rapportens analyser og opgørelser.

De diagnoser, der er registreret, og som indgår i de følgende analyser, kan enten være tentative eller bekræftede (jf. afsnit 8.2.1). Desuden kan der både være tale om diagnoser, som lægerne har stillet på baggrund af projektkonsultationen, og om lidelser der er kendt fra tidligere, men som på konsultationstidspunktet fortsat vurderes relevante.

9.1 Opdages der mere sygdom?

For såvel de indsatte i kontrolgruppen som deltagergruppen har lægerne foretaget en samlet – og til projektet endelig – vurdering af den indsatte helbredstilstand. Lægernes helbreds-vurderinger for indsatte i de to grupper ses af nedenstående tabel 6.

Lægerne har haft mulighed for at indplacere den indsatte helbredstilstand i tre kategorier. Den mest alvorlige kategori "livstruende somatisk sygdom på skønnet kort sigt" er kun blevet anvendt to gange i forhold til indsatte i kontrolgruppen og én gang for en indsat i deltagergruppen. De tre personer er derfor inkluderet i gruppen "Livskvalitetsforringende/funktionsnedsættende somatisk sygdom".

Tabel 6 viser, at når samtlige indsatte ses af en læge ved indsættelsen, findes der betydende sygdom hos 45 pct., mens der ved en praksis uden automatisk helbredsundersøgelse, er registreret betydende sygdom hos 27 pct. af de indsatte. Det svarer til en forskel på 18 procentpoint. Foretages styrkeberegningen (jf. afsnit 6.4) med disse værdier, viser det sig, at styrketallet er 100 med et 1 pct. signifikansniveau. Det betyder, at 0-hypotesen om, at der *ikke* er forskel på deltagergruppen og kontrolgruppen med 100 pct. sikkerhed kan afvises. Med andre ord er der altså med sikkerhed registreret en større andel betydende syge i deltagergruppen i forhold til kontrolgruppen.

I det følgende præsenteres det, hvordan sygdomsfundene i hhv. kontrolgruppen og deltagergruppen adskiller sig, når der ses på de konkrete diagnoser, som projektlægerne har registreret. I bilag 6 og 7 findes ICPC-2 DK kodekortet samt en kort beskrivelse af, hvilke typer af diagnoser, de forskellige hovedgrupper indeholder.

Figur 3 viser, at der registreres flere personer, der lider af mindst én diagnose, i samtlige af de 16 ICPC-2-hovedgrupper, hvor der er observationer, når de indsatte gennemgår et generelt helbredstjek ved lægen. Stjernemarkeringen (*) angiver, at for 10 af de 17 kategorier er forskellen signifikant.

Af figur 3 kan det videre aflæses, at mere end halvdelen af de indsatte i deltagergruppen har mindst én lidelse indenfor muskel-/skeletsystemet, og at omkring en tredjedel har mindst én

Tabel 6. Lægernes samlede vurdering af de indsatte helbredstilstand. Fordelt på kontrolgruppe og deltagergruppe.

	Kontrolgruppe ¹⁴		Deltagergruppe ¹⁵		Total	
	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal
Ingen betydende eller vedvarende somatiske sygdomme fundet	72,7 %	493	55,4 %	372	64,1 %	865
Indsatte har livskvalitetsforringende/funktionsnedsættende eller livstruende somatisk sygdom	27,3 %	185	44,6 %	300	35,9 %	485
Total	100,0 %	678	100,0 %	672	100,0 %	1350

Pearson Chi-Square (p=0,000)

14 · For kontrolgruppens vedkommende baserer lægernes samlede vurderinger sig på eksisterende notater i patientjournalerne. For 190 personer i kontrolgruppen gør det sig gældende, at de enten ikke har en patientjournal, eller har en journal uden sundhedsoplysninger i. Denne gruppe er alle placeret i kategorien "Ingen betydende eller vedvarende somatiske sygdomme". Baggrunden for de manglende eller tomme patientjournaler er, at nogle institutioner kun opretter en journal, hvis sundhedspersonalet har haft kontakt til den indsatte. Andre institutioner opretter journal på alle nyindsatte, men noterer kun noget i den, hvis sundhedspersonalet efter kontakt har fundet forhold af betydning. Når journalen ikke findes eller findes uden oplysninger i, kan det derfor enten betyde, at den indsatte er blevet tilset af sundhedspersonale, som ikke har fundet noget at bemærke, eller at den indsatte slet ikke er set af sundhedspersonale.

15 · For deltagergruppens vedkommende baserer den samlede helbreds-vurdering sig på lægernes konklusion ved tre-månedersregistreringen.

psykisk lidelse, hvorunder også misbrugsdiagnoserne som nævnt indgår. Forholdet afspejler således en betydelig sygelighed hos de screenede indsatte, som også er større end den, der er registreret i kontrolgruppens patientjournaler.

Analyserne viser desuden, at der i alle de stjernemarkerede hovedgrupper med undtagelse af alment/uspecificeret også findes signifikant flere diagnoser pr. person, når der foretages systematisk helbredsundersøgelse ved indsættelsen. Dette gør sig tillige gældende for grupperne med sygdomme relateret til øjne og ører, der ikke er stjernemarkerede i figur 3 (se bilag 14).

Endelig viser figuren, at deltagergruppen og kontrolgruppen har flest indsatte med mindst én diagnose i samme fire hovedgrupper; nemlig bevægeapparatet, det psykiske system, huden og mave-tarmkanalen. Dette viser, at det overvejende er de samme typer af sygdomme, der opdages blandt de indsatte i de to grupper, men at et systematisk helbredstjek ved indsættelsen medfører, at der registreres en signifikant højere forekomst indenfor kategorierne. Hvilke konkrete diagnoser, der dominerer i de enkelte hovedgrupper, behandles i kapitel 11, hvor der redegøres for, hvilke sygdomme

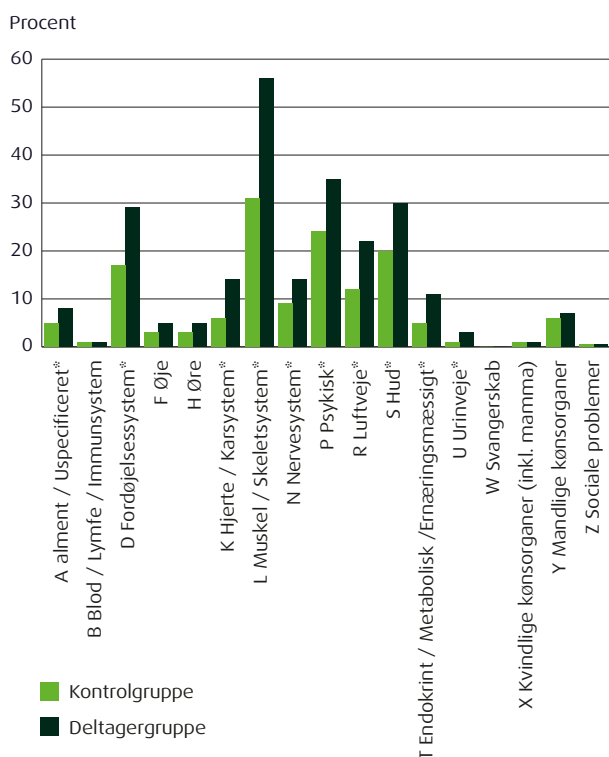
der mere specifikt findes hos Kriminalforsorgens klientel.

Figur 4 viser, hvor stor en procentdel, der er registreret med hhv. nul, én, to, tre osv. forskellige diagnoser. I kontrolgruppen er der for en tredjedels vedkommende slet ikke registreret nogen diagnoser, mens dette kun gør sig gældende for en tiendedel af de indsatte i deltagergruppen. Derudover viser figuren, at der i kontrolgruppen er flere indsatte, der er registreret med kun én eller to forskellige diagnoser, mens der er signifikant flere af de screenede, der har fået stillet fire eller flere diagnoser. Generelt kan man altså sige, at der findes flere diagnoser pr. indsat (uagtet hovedgruppe), når der iværksættes en praksis med generelt helbredstjek af lægen ved indsættelsen.

I tråd med dette fund ses det af figur 5, at der også findes lidelser inden for *flere forskellige hovedgrupper*, når en person bliver undersøgt af en læge ved indsættelsen.

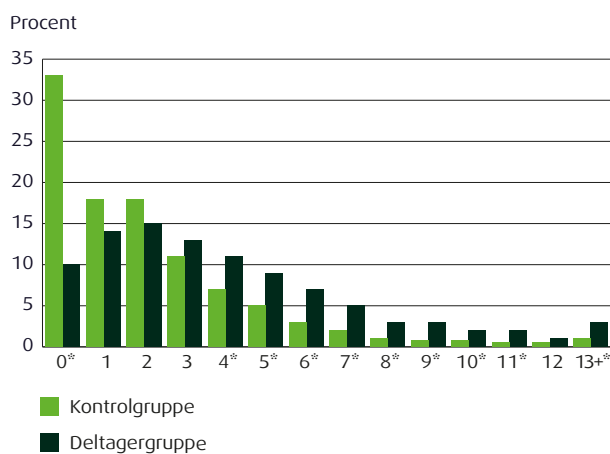
Udover at der generelt findes flere med mindst én diagnose, som det blev slået fast i den foregående figur, viser figur 5, at der også er større spredning i de diagnoser, der findes. Der opdages altså syg-

Figur 3. Procentdel med mindst én diagnose indenfor de enkelte hovedgrupper. Fordelt på kontrolgruppe og deltagergruppe.



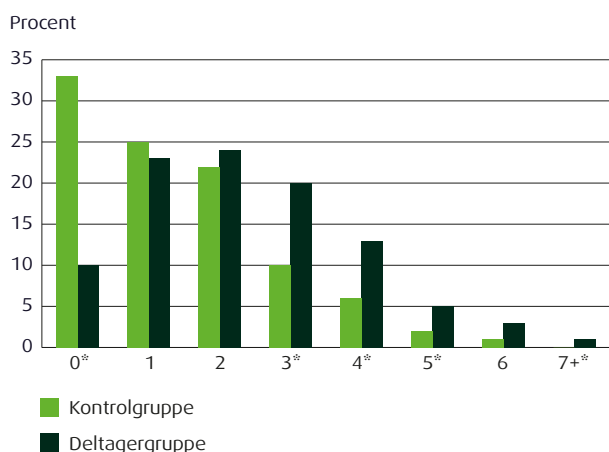
*=signifikant forskel på et 0,05 niveau

Figur 4. Antal diagnoser pr. person. Fordelt på kontrolgruppe og deltagergruppe.



*=signifikant forskel på et 0,05 niveau

Figur 5. Antal hovedgrupper der er fundet diagnoser indenfor. Fordelt på kontrolgruppe og deltagergruppe.



*=signifikant forskel på et 0,05 niveau

dom indenfor flere forskellige organområder, når den indsatte bliver lægeligt tilset ved indsættelse.

Årsagen er formodentligt, at for at et helbredsforhold kommer til lægernes kendskab i kontrolgruppen, kræver det for det første, at den indsatte selv eller personale på institutionen er eller bliver opmærksomme på behovet for lægeligt tilsyn. For det andet vil lægen, når den indsatte tilses på den indsattes eller personalets begrundede anmodning, fokusere på det konkrete helbredsforhold, som personen henvender sig med. Når de indsatte pr. automatik tilskyndes til et generelt helbredstjek ved indsættelsen, som det er tilfældet for de indsatte i deltagergruppen, sker det med henblik på en total registrering af alle konstaterede og mistænkte lidelser.

9.2 Findes der mere betydende sygdom?

På baggrund af ovenstående afsnit kan det konstateres, at der findes mere sygdom, når de indsatte bliver helbredsundersøgt af en læge ved indsættelsen, sammenlignet med den praksis, der aktuelt findes i Kriminalforsorgens fængsler og arresthuse.

Spørgsmålet er om den sygdom, der bliver opdaget, også er mere alvorlig. For at vurdere hvor alvorlige de fundne enkelt diagnoser er, er der til projektet udviklet et alvorlighedsindeks, hvor samtlige ICPC2-dk diagnoser er vurderet og klassificeret på en skala fra 1-5 (se alle klassificeringer i bilag 15)¹⁶. Klassificeringerne er foretaget efter følgende betingelser:

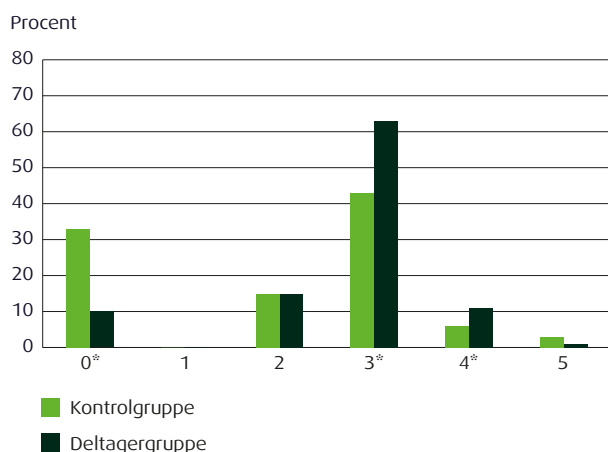
- **5** angiver **en meget betydende lidelse eller sygdom uanset anden evt. tilstedeværende lidelse eller sygdom**, fx en potentielt livstruende kræftsygdom; en hjertesygdom med deraf følgende svigtende hjertepumpefunktion; misbrugsbetinget hepatitis; AIDS; psykose; depression.
- **4** angiver **en betydende lidelse eller sygdom uanset anden evt. tilstedeværende lidelse eller sygdom**, fx en potentielt funktionshæmmende bindevævssygdom, fx kronisk leddegigt; hjertesygdom, der på sigt kan medføre svigtende hjertepumpefunktion; sukkersyge (diabetes); psoriasis leddegigt; HIV; hyperkinetisk forstyrrelse.
- **3** angiver **en muligt betydende lidelse eller sygdom uanset anden evt. tilstedeværende lidelse eller sygdom**, idet lidelsen eller sygdommen evt. er eller kan videreudvikle sig med deraf følgende funktionsbegrænsning, fx psoriasis; knoglebrud; stofmisbrug; slidgigt i ryg, hofter og knæled.
- **2** angiver **en muligt betydende lidelse eller sygdom, der sammen med anden tilstedeværende lidelse eller sygdom evt. kan medføre en funktionsbegrænsning**, fx herpes i slimhinder.
- **1** angiver **en ikke betydende lidelse eller sygdom, der ikke medfører en funktionsbegrænsning, eller kun medfører en beskedent funktionsbegrænsning, uanset om der i øvrigt også findes en anden tilstedeværende lidelse eller sygdom**, fx vorter i hud; skel i hårbund.

Alvorligheden af de fundne diagnoser er vurderet individuelt og altså uafhængigt af tilstedeværelsen af andre diagnoser, der eventuelt ville kunne øge alvorlighedsgraden. Når enkelt diagnosernes alvorlighed sammenholdes med lægernes samlede vurdering af alvorligheden ses det imidlertid, at der er god overensstemmelse mellem lægernes samlede konklusion af, hvor syg den indsatte er, og den alvorligste diagnose, der er blevet stillet jf. indekssværdierne (se bilag 16).

I det følgende vil det blive sammenlignet, hvor alvorlige de diagnoser, der er fundet i hhv. kontrol- og deltagergruppen er. Den første figur viser, hvilken klassificering den alvorligste diagnose, der er blevet stillet for de indsatte i de to grupper, har.

16 · Indexet er udviklet af tidligere overlæge på Københavns Fængsler og forsøgsansvarlige Knud Christian Christensen.

Figur 6. Diagnose med den højeste alvorlighedsværdi. Fordelt på kontrolgruppe og deltagergruppe.



*=signifikant forskel på et 0,05 niveau

Personer uden en diagnose er også inkluderet. De er markeret med 0 i alvorlighedsgrad. Hver person fra hhv. kontrolgruppen og deltagergruppen indgår således kun én gang i figuren.

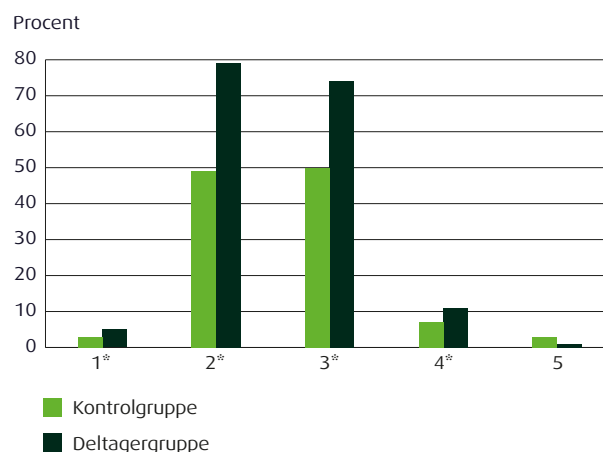
Af figur 6 fremgår det, at der oftere findes en diagnose, der ligger i den alvorligere ende hos de indsatte i deltagergruppen. Således har signifikant flere personer i deltagergruppen diagnoser, der er vurderet til 3 og 4, som den alvorligste diagnose. I forhold til antallet af personer, hvis alvorligste diagnose er vurderet til 5, kan der ikke registreres nogen signifikante forskelle i de to grupper.

For begge grupper gælder det, at den alvorligste diagnose, der er blevet stillet for langt de flestes vedkommende har alvorlighedsgrad 3. Størstedelen af de indsatte i såvel deltagergruppen som kontrolgruppen har altså en moderat alvorlig lidelse.

Figur 7 viser, hvor stor en procentdel af hhv. kontrolgruppen og deltagergruppen, der har fået stillet en diagnose inden for hver af de 5 alvorligheds-kategorier. De indsatte kan have fået stillet diagnoser inden for forskellige alvorlighedsgrader, hvorfor den samme person kan indgå flere gange i figuren.

Figur 7 viser i lighed med de foregående figurer, at der findes signifikant flere sygdomme blandt de indsatte, når en læge helbredsundersøger alle. Fundene vedrører ikke kun de mindre alvorlige lidelser i kategori 1 og 2, men også de muligt betydende samt de reelt betydende sygdomme i alvorlighedsgruppe 3 og 4. Når det kommer til den mest alvorlige kategori, kategori 5, ses der imidlertid ingen effekt af de systematiske helbredsunder-

Figur 7. Procentdel med en diagnose indenfor de forskellige alvorlighedsgrader. Fordelt på kontrolgruppe og deltagergruppe.



*=signifikant forskel på et 0,05 niveau

søgelse. Der findes i lighed med kontrolgruppen kun ganske få personer, der får stillet en diagnose af denne alvorlighedsgrad.

Det er undersøgt, om det er indenfor særlige hovedgrupper, at der findes mere alvorlig sygdom, når der screenes ved en læge, men i langt de fleste tilfælde er der for få personer til, at der kan udledes nogle sikre resultater. Dog viser det sig, at inden for gruppen "Nervesystem" findes der signifikant flere personer i deltagergruppen end i kontrolgruppen, der lider af en diagnose, der er klassificeret til enten 4 eller 5. Hvor det er 0,3 pct. af kontrolgruppen (svarende til to personer), der har fået stillet en alvorlig diagnose indenfor nervesystemet, er det tilsvarende 2,5 pct. (svarende til 17 personer) i deltagergruppen. Ses der på, hvilke diagnoser, der er tale om, viser det sig, at diagnosen N80 Hjernelæsion IKA er den, der bidrager til forskellen, da der er fundet 16 tilfælde i deltagergruppen mod kun to i kontrolgruppen.

9.3 Mere om sygdomsforekomst i kontrol- og deltagergruppen

ICPC2-kodekortet indeholder 686 forskellige diagnoser. Af disse er 391 blevet registreret som en aktuel diagnose for mindst én person i enten kontrolgruppen eller deltagergruppen. For 58 diagnosers vedkommende er der registreret en signifikant større forekomst blandt indsatte i deltagergruppen end i kontrolgruppen. Hvilke diagnoser, der konkret er tale om, kan ses af bilag 17. Generelt viser det sig, at det oftest er inden for hovedgruppe L, som er muskel/skeletsystemet, at der relativt set registreres flest enkelt diagnoser i deltagergruppen.

Derudover ses det, at med undtagelse af en enkelt diagnose, N80 Hjernelæsion, der er klassificeret til 4 i alvorlighedsindekset, har alle diagnoserne alvorlighedsværdi 2 eller 3. Når der ses på fund af enkelt diagnoser i de to populationer, er det altså ikke de mest betydende diagnoser, der findes flere af. Det er imidlertid vigtigt at være forsigtig med konklusionerne, når analysen bevæger sig på så deltaljeret et niveau, da der både er større risiko for uoverensstemmelser mellem lægernes valg af konkret diagnose, og så få observationer, at det kan være svært at vise signifikante resultater.

I et enkelt tilfælde er der registreret signifikant flere diagnoser i kontrolgruppen sammenlignet med deltagergruppen. Dette gælder for diagnosen R81 Lungebetændelse, hvor der er registreret ni tilfælde i kontrolgruppen og to tilfælde i deltagergruppen. Da samtlige resultater ellers peger på, at der findes mere sygdom, når en læge screener alle indsatte, er det dog næppe sandsynligt, at dette fund betyder, at netop lungebetændelse er blevet overset i den screenede population, men i højere grad findes ved en mindre systematisk praksis.

Forklaringen er nok nærmere, at der på registreringstidspunktet reelt har været flere med lungebetændelse i kontrolgruppen, hvorfor forskellen ikke skyldes forskellig praksis for sundhedsbetjening, men derimod en forskel i sygdomsforekomst.

I tabel 7 nedenfor ses de 20 diagnoser, hvor der er størst forskel mellem antal registrerede forekomster i hhv. deltagergruppen og kontrolgruppen. Desuden er hver enkelt diagnoses alvorlighedsværdi angivet.

Tabel 7 beskriver altså de 20 diagnoser, hvor screeningen viser størst effekt mht. antal registrerede tilfælde i hhv. deltagergruppen og kontrolgruppen. Samtlige diagnoser er klassificeret til 2 eller 3 i alvorlighedsindekset, hvilket vil sige, at ingen af dem ifølge kategoriseringen er svært belastende sygdomme.

Påfaldende findes næsten dobbelt så mange stofmisbrugere ved den udførte screening. Formentlig er der ikke tale om misbrugere af heroin og morfinlignende præparater. De bliver sædvanligvis relevant registreret, idet de indsatte gennemgå-

Tabel 7. Top 20 over største forskelle mellem diagnosefund i kontrolgruppen og deltagergruppen.

Diagnosekode og navn	Alvorlighedsgrad	Procentdel af kontrolgruppen	Procentdel af deltagergruppen	Forskel i procentpoint
P19 Stofmisbrug	3	11,1%	19,8 %	8,7
D82 Sygdom i tand/tandkød	2	5,2 %	12,1 %	6,9
L12 Symptom/klage fra hånd/finger	2	3,4 %	9,7 %	6,3
R96 Astma	3	3,0 %	9,1 %	6,1
P17 Tobaksmisbrug	2	0,9 %	6,7 %	5,8
L02 Symptom/klage fra ryg	2	6,3 %	11,5 %	5,1
L74 Fraktur i hånd/fod	3	1,9 %	6,6 %	4,6
L15 Symptom/klage fra knæ	2	3,0 %	7,3 %	4,3
P81 Hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD)	3	3,7 %	7,9 %	4,2
L14 Symptom/klage fra lår/underben	2	1,0 %	4,5 %	3,4
K86 Ukompliceret hypertension (forhøjet blodtryk)	2	0,2 %	3,6 %	3,4
L81 Skade på muskel/skeletsystem IKA ¹⁷	3	4,9 %	8,0 %	3,2
R97 Høfeber	2	2,8 %	6,0 %	3,2
L01 Symptom/klage fra cervikalregion (nakke-/halsregion)	2	1,5 %	4,5 %	3,0
L76 Fraktur IKA	3	1,0 %	4,0 %	3,0
L72 Fraktur af underarm	3	0,2 %	3,0 %	2,8
S74 Hudsvamp	2	1,8 %	4,5 %	2,7
L11 Symptom/klage fra håndled	2	1,3 %	4,0 %	2,7
A92 Allergi/allergisk reaktion IKA	3	0,3 %	2,8 %	2,5
L29 Symptom/klage fra muskel/skeletsystem IKA	2	1,0 %	3,6 %	2,5

17 · IKA=Ikke klassificeret andetsteds.

ende får en ønsket og ofte ubesværet adgang til lægeordineret metadon. Indsatte med misbrug af øvrige narkotiske stoffer, som fx hash og kokain, har ikke mulige ligeartede medikamentelle substitutionsbehandlinger og vil derfor ikke altid komme til lægens kendskab i kontrolgruppen. Dette kan være en del af forklaringen på den markante forskel i antal registrerede tilfælde af stofmisbrug i hhv. kontrolgruppen og deltagergruppen.

Tabellen viser også en hyppigere forekomst af blandt andet misligholdte tænder, tobaksmisbrug, hudsvamp og overfølsomhedslidelser. En stor del af diagnoserne i tabel 7 er imidlertid lidelser indenfor muskel- og skeletsystemet (gruppe L) – også kaldet bevægeapparatet. Mange af disse – såvel som de øvrige lidelser i tabellen – er måske ikke tilstrækkeligt symptomgivende til, at den indsatte selv vil opsøge institutionens sundhedspersonale, hvorfor disse lidelser bedst opdages ved et tilbud om en generel helbredsundersøgelse til alle indsatte.

Den mere end dobbelt så store registrering af ADHD (hyperkinetisk forstyrrelse) kan ikke umiddelbart bero i en på undersøgelsestidspunktet øget opmærksomhed på nævnte lidelse, da registreringerne vedr. deltagergruppen og kontrolgruppen tidsmæssigt ligger tæt op ad hinanden. Der kan ikke umiddelbart gives nogen forklaring på den registrerede forskel, andet end at den er en følge af, at der er udført en uopfordret lægeundersøgelse af alle nyindsatte.

9.3.1 Smitsomme sygdomme

Som anført i afsnittet om undersøgelsens baggrund, er det CPTs opfattelse, at en generel helbredsundersøgelse af alle nyindsatte også kan medvirke til at begrænse spredningen af smitsomme sygdomme mellem indsatte. CPTs interesse er formodentlig rettet mod nutidens trusler i europæiske, specielt østeuropæiske, landes fængsler. Det vil sige smittespredning af infektionssygdomme som tuberkulose, virusleverbetændelser, kønssygdomme og HIV.

I forbindelse med dette projekt er det undersøgt, hvorvidt en systematisk helbredsundersøgelse af alle nyindsatte fører til, at der registreres flere smitsomme sygdomme blandt de indsatte, sammenlignet med en praksis, hvor sundhedspersonalet ikke pr. automatik tilser alle indsatte.

Der er ikke indsamlet data om, hvorvidt diagnosticeringen af de smitsomme sygdomme også betyder en reduktion af smittespredning. Det må dog formodes, at et øget kendskab til forekomsten af smitsomme sygdomme betyder bedre muligheder for at mindske risikoen for, at andre bliver smittet.

Analysen viser, at der forekommer i alt 34 forskellige smitsomme sygdomme blandt de indsatte i deltagergruppen og kontrolgruppen. Omkring halvdelen af disse sygdomme forekommer dog kun hos under fem personer i alt i de to grupper.

Når det undersøges, om der er signifikante forskelle på forekomsten af de enkelte diagnoser i hhv. deltagergruppen og kontrolgruppen, viser det sig, at dette kun er tilfældet for tre af de 34 smitsomme sygdomme. For de øvrige 31 sygdomme registreres der altså ikke flere tilfælde, når der iværksættes en generel helbredsundersøgelse af samtlige nyindsatte.

De tre typer af smitsomme sygdomme, hvor der er registreret signifikant flere i deltagergruppen end i kontrolgruppen, fremgår af tabel 8.

Som tabellen viser, er der blandt de lægeligt undersøgte i deltagergruppen fundet 36 tilfælde af virusleverbetændelse, mens der blandt de indsatte i kontrolgruppen kun er fundet 20 tilfælde af samme. Smittespredningen af sygdommen sker ved slimhindekontakt med kropsvæsker eller ved indsprøjtning af kropsvæsker gennem injektionsnål. Det signifikant større fund af virusleverbetændelse vurderes af stor betydning, idet det formodes, at en betydelig andel af de fundne tilfælde med virusleverbetændelse kan vedrøre typen C (HCV). Denne type har et forløb med en stum, vedva-

Tabel 8. Smitsomme sygdomme, der er fundet signifikant flere af i deltagergruppen sammenlignet med kontrolgruppen.

Diagnosekode og navn	Forekomst kontrolgruppe Procent	Forekomst kontrolgruppe Antal	Forekomst deltagergruppe Procent	Forekomst deltagergruppe Antal
D70 Gastrointestinal infection	0,7 %	5	1,9 %	13
D72 Virushepatit	3,0 %	20	5,4 %	36
S74 Hudsvamp	1,8 %	12	4,5 %	30

rende og potentielt smittende leverbetændelse, der på sigt kan medføre betydelig oversygelighed og overdødelighed, hvis den er ubehandlet. Ved rettidig og mulig behandling kan disse forhold imødegås, ligesom risikoen for smitte kan fjernes. Grunden til at det formodes, at der er en væsentlig andel med type C leverbetændelse, beror på, at ca. halvdelen af de indsatte, der i projektet er registreret med virusleverbetændelse, samtidig også er registreret som stofmisbrugere – en gruppe der i stort omfang vides at være smittet med nævnte type virusleverbetændelse.

Desuden er der fundet signifikant flere tilfælde af hudsvamp og gastrointestinal infektion, dvs. infektion i mave-tarm-kanalen, blandt de indsatte i deltagergruppen. Sidstnævnte handler formodentlig i mange tilfælde om såkaldt "Roskildesyge". De fleste mave-tarm-infektioner går over af sig selv i løbet af nogle dage og kræver ikke lægelige tiltag. Hudsvamp fører ligeledes sjældent til mere alvorlige sygdomme og har ingen betydelige gener. At der findes signifikant flere af disse typer af sygdomme ved en lægelig screeningsordning, vurderes derfor ikke at være af væsentlig betydning.

9.4 Opsummering

I kapitel 9 svares på undersøgelsens første spørgsmål om, hvorvidt en systematisk lægeundersøgelse ved indsættelsen medfører, at der opdages flere somatiske sygdomme blandt de indsatte, herunder særligt alvorlige sygdomme, sammenlignet med en praksis, hvor der ikke er tilbud om en helbredsundersøgelse til alle nyindsatte.

Sammenfattende viser analyserne i kapitlet, at når alle nyindsatte systematisk tilses af en læge opdages der både mere sygdom hos den enkelte indsatte og sygdom hos en større gruppe af indsatte sammenlignet med en praksis, hvor der ikke er tilbud om en helbredsundersøgelse til alle i direkte relation til indsættelsen. De signifikante forskelle viser sig ikke kun for de mindre betydende sygdomme, men også for de diagnoser, der er klassificeret til 3 og 4 på en alvorlighedsskala fra 1-5. Det vurderes i analysen, at baggrunden for disse fund er, at det for det første er en mindre gruppe, der bliver anmodet tilset af en læge i kontrolgruppen. For det andet vil lægen, når han på anmodning konsulterer en indsat i kontrolgruppen, formentlig fokusere på det konkrete helbredsforhold, vedkommende henvender sig med og følgelig i mindre grad registrere eventuelle andre sygdomsforhold. Omvendt har det lægelige tilsyn i deltagergruppen til hensigt at

foretage en total registrering af alle mistænkte og konstaterede lidelser hos den indsatte.

Konkret viser det sig, at når en læge foretager systematisk helbredstjek ved indsættelsen findes der mindst én diagnose hos 90 pct. af de indsatte. Ved en praksis, der primært består af, at den indsatte selv henvender sig til sundhedspersonale eller henvises via andet personale på institutionen, opdages der sygdomme eller potentielle sygdomme hos 66 pct. af klientellet. Forskellen er signifikant. Også for den gruppe af indsatte, der får stillet mindst én diagnose, viser analysen interessante forskelle mellem deltagergruppen og kontrolgruppen. I kontrolgruppen er der flere indsatte, der får stillet én eller to forskellige diagnoser, mens der er signifikant flere personer i deltagergruppen, der er registreret med hhv. tre, fire og fem forskellige lidelser eller symptomer på lidelser. Der opdages altså *generelt flere diagnoser pr. person* i deltagergruppen sammenlignet med kontrolgruppen.

Den førnævnte konklusion tager ikke højde for, hvilke typer af sygdomme, der er tale om. Diagnoserne kan imidlertid også inddeles i hovedgrupper, jf. ICPC-2 kodeskemaet. Når denne inddeling foretages viser analysen, at i samtlige af de 16 ICPC-hovedgrupper, hvor der er registreret diagnoser, er der angivet flere personer med mindst én lidelse i deltagergruppen. I nogle af diagnosehovedgrupperne er antal og forskelle imidlertid så små, at de sandsynligvis er tilfældige. Dog er der ti hovedgrupper, hvor forskellene er statistisk signifikante. De ICPC-hovedgrupper, hvor der er fundet *flere personer med mindst én lidelse* i deltagergruppen, er følgende:

- Almen/uspecificeret
- Fordøjelsessystemet
- Hjerte/karsystem
- Muskel/skeletsystem
- Nervesystem
- Psykisk
- Luftveje
- Hud
- Endokrint/metabolisk/ernæringsmæssigt
- Urinveje

Med undtagelse af gruppen almen/uspecificeret, findes der også signifikant *flere diagnoser pr. person* inden for samtlige af de ovenfor nævnte hovedgrupper, når der foretages lægetjek af alle indsatte. Dette gælder desuden også for øjen- og ørelidelser.

Kapitlet beskæftiger sig også med alvorligheden af de lidelser, der er fundet i hhv. kontrolgruppen og deltagergruppen. I forhold til lægernes samlede vurdering af hver af de indsatte helbredstilstand viser analysen signifikante forskelle mellem deltagergruppe og kontrolgruppen indenfor to af de tre mulige kategorier. Det drejer sig for det første om den mindst alvorlige kategori "ingen betydende eller vedvarende somatiske sygdomme fundet". Her falder langt størstedelen, 73 pct., af de indsatte fra kontrolgruppen indenfor. For deltagergruppen er det ligeledes den mest anvendte kategori, om end der forholdsmæssigt er en del færre indsatte med denne vurdering, nemlig 55 pct. Den anden signifikante forskel, der er observeret, er i forhold til 'midterkategorien' "livskvalitetsforringende/funktionsnedsættende somatisk sygdom". Her er 27 pct. af kontrolgruppen placeret mod 44 pct. af deltagergruppen. En styrkeberegning viser, at med denne forskel i sygdomsforekomst i de to grupper, er styrketallet 100 med et 1 pct. signifikansniveau. Det betyder, at der med sikkerhed er registreret en større andel betydende syge i deltagergruppen i forhold til kontrolgruppen. Den mest alvorlige kategori, lægerne har kunnet anvende, er "livstruende somatisk sygdom på skønnet kort sigt". Her findes der ingen forskelle mellem deltagergruppen og kontrolgruppen, da der kun er fundet hhv. ét og to tilfælde, hvor den indsatte har været så alvorligt syg.

Opsummerende viser undersøgelsen på dette område, at der findes flere indsatte med *betydende* sygdomme, når alle bliver tilset af en læge ved indsættelsen. Et systematisk helbredstjek medfører dog ikke, at der registreres en større andel af indsatte med livstruende sygdomme.

For at præcisere analyserne vedr. alvorligheden af de fundne sygdomme i de to populationer, er der til projektet udviklet et alvorlighedsindeks. I indekset klassificeres samtlige diagnoser på en skala fra 1-5, hvor 5 er mest alvorlig og angiver en meget betydende lidelse eller sygdom uanset anden evt. tilstedeværende lidelse eller sygdom. Det kan fx være en potentielt livstruende kræftsygdom eller en hjertesygdom med deraf følgende svigtende hjertepumpefunktion.

Analysen viser, at der er signifikant flere personer i deltagergruppen, der får stillet såvel en diagnose, der er klassificeret til 1, 2, 3 som 4. For de mest alvorlige diagnoser, 5'erne, ses der ingen forskelle.

Derudover præsenteres en analyse, der fremhæver den mest alvorlige diagnose, der er stillet for den enkelte indsatte. I analysen er alle diagnoser for hver enkelt indsatte altså grupperet, og kun den med den højeste indeksværdi er bibeholdt. Resultatet ligger i tråd med tidligere fund: når alle indsatte gennemgår et generelt helbredstjek ved lægen, findes der signifikant flere personer, der lider af en betydende eller muligt betydende sygdom – i dette tilfælde en der er klassificeret til enten 3 eller 4 på alvorlighedsskalaen. De mest alvorlige diagnoser, dvs. dem der er klassificeret til 5, findes der generelt ikke mange af, og der kan da heller ikke i denne sammenhæng registreres nogen forskelle mellem fundene i deltager- og kontrolgruppen.

Det sidste, der undersøges, er, hvilke diagnoser, der findes flere af, når alle indsatte tilses af en læge ved indsættelsen, og hvor alvorlige de er. Der findes 58 enkelt diagnoser, hvor der er registreret en signifikant større forekomst blandt indsatte i deltagergruppen end i kontrolgruppen. Diagnoserne knytter sig til forskellige hoved-/organgrupper, men de fleste ligger inden for muskel- og skeletsystemet. Den procentvise forekomst af diagnoserne i de to populationer er desuden sammenholdt, og der er udarbejdet en top 20-liste over de diagnoser, hvor de største forskelle er fundet. Det viser sig, at samtlige af disse diagnoser har alvorlighedsgrad 2 eller 3.

Da det er sandsynliggjort, at der som udgangspunkt ikke kan forventes at være forskel på sygeligheden i hhv. deltagergruppen og kontrolgruppen (jf. afsnit 6.2), må det formodes, at de observerede forskelle i sygdomsforekomster skyldes det forhold, at alle indsatte deltager i en lægelig helbredsundersøgelse. Med andre ord bliver sygdomme blandt de indsatte i højere grad opdaget og registreret ved et systematisk helbredstjek ved indsættelsen end ved konsultationer på baggrund af indsattes egen anmodning om helbredsbi-stand eller ved personalets fund af behov for helbredsbi-stand. Dette gælder også for en række betydende sygdomme. Dog ses der ingen forskel, når det kommer til de allermest alvorlige sygdomme. Således findes der heller ikke flere indsatte med så dårligt et helbred, at de vurderes at være livstruet på kort sigt.

Det er CPTs opfattelse, at indførelsen af en screeningsordning ved indsættelsen kan føre til, at der opdages flere smitsomme sygdomme blandt de

indsatte, og at risikoen for smitte således kan begrænses. Det er derfor i dette projekt undersøgt, om der er fundet og registreret flere smitsomme sygdomme blandt de indsatte i deltagergruppen sammenlignet med kontrolgruppen. Analysen viser, at der blandt de nyindsatte, der modtager et generelt helbredstjek ved lægen, findes signifikant

flere tilfælde af smitsom virusleverbetændelse. Dette resultat vurderes at være af væsentlig betydning, da det formodes i flere tilfælde at kunne dreje sig om virusleverbetændelse type C (HCV), der har et forløb uden betydelige symptomer, men som ubehandlet kan medføre betydelig oversygelighed og overdødelighed.

Kapitel 10

Sætter det anvendte spørgeskema sygeplejerskerne i stand til at screene de indsatte?

Dette kapitel vil give svar på projektets andet undersøgelsesspørgsmål; om det screeningsinstrument, der er anvendt i projektet, sætter sygeplejerskerne i stand til korrekt at vurdere, om den indsattes somatiske helbredstilstand påkræver, at vedkommende bliver tilset af læge.

Spørgsmålet besvares ved at undersøge overensstemmelsen mellem sygeplejerskernes samlede konklusion og lægernes samlede konklusion. I lægernes registreringskema, som er blevet udfyldt i forbindelse med projektkonsultationen, er der ikke svaret direkte på, om den tilsete indsatte burde have været set af læge eller ej. Den variabel, der er anvendt til sammenligning med sygeplejerskernes vurdering af dette, er derfor skabt på baggrund af øvrige svar i registreringskemaet. Konkret er variabelen dannet ud fra følgende betingelser:

- Hvis lægerne angiver, at der kræves akut lægelige tiltag, svarer det til, at indsatte bør ses akut af læge.
- Hvis lægerne angiver, at der kræves lægelige tiltag under indsættelsen, men ikke akut, svarer det til, at indsatte skal ses af læge, men ikke akut.
- Hvis lægerne angiver, at der kræves lægelige tiltag, men de kan udsættes til efter løsladelsen, svarer det til, at indsatte skal ses af læge, men ikke akut¹⁸.

- Hvis lægerne angiver, at der ikke kræves lægelige tiltag, svarer det til, at indsatte ikke skal ses af læge.

Uoverensstemmelser mellem lægernes og sygeplejerskernes konklusion belyses først ved almindelig krydstabulering af de to variable. Herefter undersøges via regressionsanalyse, om der er særlige faktorer fra sygeplejerskernes screeningskema, der medfører afvigelser mellem sygeplejerskernes vurdering og lægernes vurdering. Endelig belyses det, hvad der karakteriserer de indsatte, der fejlvurderes.

10.1 Overensstemmelse mellem sygeplejerskernes og lægernes vurdering af behov for lægeligt tilsyn

Kriminalforsorgens sygeplejersker hverken kan eller skal diagnosticere de indsatte. Dette er en opgave for den stedligt ansvarlige fængsels- eller arresthuslæge. Sygeplejerskernes opgave kan derimod være at foretage en indledende screening af den indsatte for at vurdere, om vedkommendes helbredsforhold kræver, at han bliver sendt videre til lægen for diagnostisk udredning og eventuel behandling.

I projektet er det testet, om det anvendte screeningsredskab, har sat sygeplejerskerne i stand til netop dette. Tabel 9 viser sammenhængen mellem lægernes og sygeplejerskernes konklusion om, hvorvidt den indsatte bør ses af en læge eller ej.

Af tabel 9 ses det, at der er en klar statistisk sammenhæng mellem lægernes og sygeplejerskernes konklusion. Hvis lægerne har konkluderet, at den

¹⁸ · Det er en lægelig vurdering, om tiltagene kan udsættes til efter løsladelse uden betydende helbredsforringelse til følge, hvorfor sygeplejerskerne altid forventes at sende indsatte, der falder i denne kategori, videre til lægen.

indsatte *ikke* skal ses af en læge, når sygeplejerskerne samme konklusion i 69 pct. af tilfældene (229 ud af 332 sager). Hvis lægerne konkluderer, at den indsatte *skal* ses af en læge eller ses akut af en læge, når sygeplejerskerne samme konklusion i 70 pct. af tilfældene (240 ud af 341 sager)¹⁹.

Disse resultater betyder så omvendt også, at i de tilfælde, hvor lægerne har vurderet, at der *ikke* er behov for lægeligt tilsyn, visiterer sygeplejerskerne alligevel klienten til lægen i 31 pct. af tilfældene. Denne gruppe kaldes for *falsk positive*. Desuden får sygeplejerskerne ikke henvist 30 pct. af dem, hvor der *er* behov for lægeligt tilsyn enten akut eller ikke akut. Denne gruppe klassificeres som *falsk negative*.

De falsk positive og falsk negative er altså beregnet på delmængder af alle deltagerne i projektet. Der kan derfor ikke opnås viden om den samlede fejlprocent ved at lægge de to sammen. Den samlede andel af indsatte, der fejlvurderes af sygeplejersken som enten falsk positive eller falsk negative, er 30 pct. (204 ud af 673 sager).

Da der er så få sager, hvor lægerne har vurderet, at der er behov for akut lægelige tiltag, kan der ikke drages nogen konklusioner, om sygeplejerskernes vurderinger af netop denne gruppe. Der er dog foretaget en kvalitativ gennemgang af de sager, hvor sygeplejerskerne ikke har vurderet det akutte behov korrekt. Af tabel 9 fremgår det, at der er fem sager, hvor lægerne har vurderet, at der er behov for akut lægeligt tilsyn, mens sygeplejerskerne rigtig nok har angivet, at der er behov for, at den indsatte ses af en læge, men dog ikke skønnet, at det bør være akut. Disse fem sager omhandler

blandt andet indsatte, der har abstinenser efter indsættelsen, som følge af manglende indtagelse af narkotiske stoffer eller alkohol. I disse sager har sygeplejerskerne altså enten ikke vurderet alvorligheden af abstinensstilstanden korrekt, eller også har den indsatte ikke været abstinent ved screeningen, men først ved den senere lægelige konsultation. I den ene sag, hvor sygeplejersken konkluderer, at pågældende ikke skal ses af læge, selvom lægen har angivet behov for akut lægeligt tilsyn, har projektlægen angiveligt afholdt konsultation med den indsatte før sygeplejerskernes screeningsamtale. Det akutte forhold er derfor formodentligt blevet varetaget, før sygeplejersken tilser vedkommende. Gennemgående kan der altså være gode forklaringer på, hvorfor sygeplejerskerne ikke har vurderet netop det akutte behov korrekt.

I det følgende vil det blive undersøgt, hvilke faktorer der har betydning for, om sygeplejerskerne hhv. over- eller undervurderer behovet for at komme til læge. Der defineres to typer af fejl, som vil blive undersøgt nærmere:

- Gruppen af falsk positive benævnes **type I fejl**
- Gruppen af falsk negative benævnes **type II fejl**

De to typer af fejl har forskellige konsekvenser. De type I fejlvurderede, altså dem der af sygeplejerskerne bliver sendt til lægen, selvom der ikke er behov for det, betyder, at der bliver brugt unødige ressourcer på sundhedsfaglig bistand til de indsatte. De type II fejlvurderede er den gruppe, der ikke kommer til lægen i det omfang, det er nødvendigt. Dette kan have alvorlige helbredsmæssige konsekvenser, hvorfor denne fejltype må siges at være den absolut mest alvorlige.

Tabel 9. Sammenhængen mellem lægernes og sygeplejerskernes konklusion.

Lægernes konklusion	Sygeplejerskernes konklusion			
	Skal ikke ses af læge	Skal ses af læge	Skal ses af læge akut	Total
Skal ikke ses af læge	68,9 % (229)	30,1 % (100)	0,9 % (3)	100,0 % (332)
Skal ses af læge	30,7 % (100)	68,4 % (223)	0,9 % (3)	100,0 % (326)
Skal ses af læge akut	6,7 % (1)	33,3 % (5)	60,0 % (9)	100,0 % (15)
Total	49,0 % (330)	48,7 % (328)	2,3 % (15)	100,0 % (673)

Gamma koefficient²⁰: 0,68, p=0,04
Pearson Chi-Square: p=0,00

19 · Da der er så få sager, hvor lægerne har vurderet, at der er behov for akut lægelige tiltag, skelnes der ikke mellem om sygeplejerskerne kan vurdere behovet for akut eller ikke akut behov for lægeligt tilsyn korrekt, men kun om der er overensstemmelse mellem sygeplejerskernes og lægernes angivelse af behovet for lægeligt tilsyn.

20 · Gamma koefficienten tester sammenhæng og retning mellem ordinale og dikotome data, mens chi² tester sammenhæng mellem nominelle data, altså ikke-lineære sammenhænge. Hvis sammenhængen er konsekvent stigende eller faldende, er gamma-testet mere præcist end chi²-testet, netop fordi den udnytter rangordenen i data (Andersen et al 2010). Da der her er tale om ordinale variable er gamma korrelationskoefficienten derfor at foretrække.

10.1.1 Analyse af sygeplejerskernes type I fejl
 Først gennemføres en regressionsanalyse for de indsatte, der af lægerne er blevet erklæret uden behov for lægeligt tilsyn. Denne analyse giver svar på, hvilke faktorer der får sygeplejerskerne til at begå en type I fejl. Resultatet af den statistiske analyse ses i tabel 10.

Analysen i tabel 10 viser de variable fra sygeplejerskernes registreringskema, der signifikant bidrager til at forklare afvigelser mellem lægernes og sygeplejerskernes konklusion. Variable der findes i sygeplejerskernes projektregistreringer, men som ikke fremgår af tabel 10, bidrager altså *ikke* til at forklare, hvad der har betydning for, at sygeplejerskerne foretager en type I fejl ²¹.

Tabel 10. Logistisk regressionsanalyse for type I fejl givet at lægerne konkluderer, at der ikke er behov for lægelige tiltag. Sygeplejerskernes registreringer.

	Sig. p-værdi	Odds ratio	95 % K.I. for odds ratio	
			Nedre	Øvre
Arresthuset i Århus	0,003	2,467	1,359	4,479
Gener fra nervesystem	0,022	1,747	1,084	2,815
Dagligt alkoholforbrug	0,025	1,879	1,083	3,260
Konstant	0,000	0,117		

Antal observationer: 542²²
 Hosmer-Lemeshow: p=0,621
 Nagelkerke R²: 0,060

Tabel 10 viser, at ingen baggrundsvariable fra skemaerne, som fx den indsatte køn, alder, eller om der er brugt tolk til samtalen, har betydning for, om sygeplejerskerne begår en type I fejl. Det eneste forhold af betydning, som ikke knytter sig til den indsatte sundhedstilstand er, hvilken institution der har forestået screeningssamtalen. Konkret viser det sig, at tilbøjeligheden til at begå en type I fejl, altså at overvurdere sygdom, er højere i Arresthuset i Århus, når der sammenlignes med indikatorvariablen, som er Statsfængslet Østjylland. Sandsynligheden for at blive sendt unødigt til læge er 2,5 gange større i Arresthuset i Århus sammenlignet med Statsfængslet Østjylland, som i øvrigt har den laveste andel type I fejl. For arresthuset i Slagelse og Statsfængslet på Søbysøgård ses der ingen signifikante forskelle i forhold til det niveau

af type I fejl, der er registreret i Statsfængslet Østjylland.

Det er dog ikke sådan, at det generelle niveau af type I fejl falder drastisk, hvis kun de tre øvrige institutioner inkluderes i analysen af sammenhængen mellem sygeplejerskernes og lægernes konklusion. Hvis krydstabellen fra tabel 9 gentages uden Arresthuset i Århus, er andelen af type I fejl fortsat på 31 pct. (jf. bilag 18).

Regressionsanalysen i tabel 10 viser videre, at sandsynligheden for en type I fejl generelt stiger, hvis sygeplejerskerne har registreret, at den indsatte har gener fra nervesystemet. Af eksempler på disse genetyper er i sygeplejerskernes screeningskema angivet svimmelhed, hovedpine, lammelser, styringsbesvær af arme og ben, rystelser og andre ufrivillige bevægelser, kramper eller epileptiske anfald. Sandsynligheden for at blive sendt til lægen, selvom der ikke er behov for det, er 1,7 gange større, end hvis disse gener ikke er til stede.

Endelig ses det af analysen, at risikoen for at de indsatte behov for lægeligt tilsyn bliver overvurderet er knap dobbelt så stor, hvis den indsatte under eller i perioden op til indsættelsen har drukket alkohol dagligt.

Det er umiddelbart forståeligt, at sygeplejerskerne kan komme til at overvurdere betydningen, når indsatte har gener fra nervesystemet. Sygeplejerskerne hverken kan eller skal diagnosticere den indsatte, men blot reagere på de symptomer, den indsatte oplyser at have. Symptomerne kan dække over ufarlige såvel som alvorlige lidelser, og det kan derfor i nogle tilfælde være korrekt, at sygeplejerskerne sender den indsatte videre til lægen for en diagnostisk udredning.

Ligeledes kan det være forståeligt, at sygeplejerskerne for ofte sender de indsatte med et markant alkoholforbrug til lægen, da et pludseligt ophør af alkoholindtagelse i forbindelse med indsættelse potentielt kan medføre abstinenser, der kræver lægelige tiltag. Hvis abstinenserne ikke er indtrådt ved den senere lægevurdering, vil sagen blive registreret som en type I fejl. Men fejlen kan altså i nogle tilfælde være berettiget.

Nederst i tabel 10 findes en p-værdi, der er større end 0,05 fra Hosmer and Lemeshow Testen. Hosmer-Lemeshow laver chi²-test på, om der er forskel på grupper af de værdier, der kan beregnes

21 · Forud for regressionsanalysen er der foretaget en faktoranalyse, som har bidraget til at udvælge, hvilke variabler der skal indgå i regressionen. Se bilag 19 for output af faktoranalysen. For flere oplysninger om analyseforløbet og den endelige regressionsmodel se bilag 20.

22 · Der inddrages kun respondenter, der har svaret på samtlige variabler i analysen, hvorfor antallet af observationer er mindre end den totale population på 673 indsatte.

ud fra modellen, og de observerede værdier. Når p-værdien er over 0,05 må 0-hypotesen om, at der ikke er forskel på modellens resultat og de faktisk observerede data, accepteres. Med andre ord betyder det, at modellen ikke skal forkastes helt, og at man kan forvente at få et resultat via modellen, der i en eller anden grad stemmer overens med data.

Dog viser det sig også, at nok skal modellen ikke helt forkastes, men den er tilsyneladende ikke ret stærk. Dette kan aflæses på flere måder. For det første ses det på konfidensintervallerne i tabel 10. Konfidensintervallets nedre og øvre grænse angiver det spænd, som den sande odds ratio værdi med 95 pct. sikkerhed ligger inden for. Hvis odds ratioen er 1 betyder det, at der ikke er nogen sammenhæng mellem type I fejlen og den pågældende variabel. Særligt for 'gener fra nervesystem' og 'dagligt alkoholforbrug' ligger den nedre grænse i konfidensintervallerne meget tæt på 1. Et andet tegn på, at modellen ikke er så stærk til at forklare, hvilke forhold der bidrager til sygeplejerskernes type I fejl er, at R²-værdien er lav. Når der som her er tale om en logistisk regression, findes der ikke en reel R²-værdi, der kan fortælle, hvor stor en del af variationen i den afhængige variabel, der kan forklares ud fra de øvrige variabler i modellen. Dog giver den såkaldte Nagelkerke værdi en pseudo-R²-værdi, der kan give en pejling af, hvor god modellen er. Værdien går fra 0 – 1, hvor 1 indikerer en perfekt model. I dette tilfælde er Nagelkerke-værdien for tabel 10 på 0,06, hvilket altså er relativt lavt og vidner om, at sygeplejerskernes type I fejl i høj grad må forklares af forhold, der ikke fremgår af registreringsskemaet.

10.1.2 Analyse af sygeplejerskernes type II fejl

I det følgende gennemføres en lignende statistisk analyse blandt de indsatte, hvor lægerne konkluderer, at der er behov for lægelige tiltag, men hvor sygeplejerskerne ikke sender dem videre til en lægelig undersøgelse. Denne analyse ser altså nærmere på, hvilke faktorer der øger eller mindsker sandsynligheden for, at sygeplejerskerne begår en type II fejl. Resultatet ses i tabel 11.

Tabel 11. Logistisk regressionsanalyse for type II fejl givet at lægerne konkluderer, at der er behov for lægelige tiltag. Sygeplejerskernes registreringer.

	Sig. p-værdi	Odds ratio	95 % K.I. for odds ratio	
			Nedre	Øvre
Gener fra nervesystem	0,043	0,521	0,277	0,979
Gener fra tænder, mund, svælg mv.	0,023	0,565	0,346	0,923
Konstant	0,000	0,324		

Antal observationer: 536
Hosmer-Lemeshow: p=0,525
Nagelkerke R²: 0,048

Tabellen viser, at der kun er to variabler fra sygeplejerskernes registreringsskema, der har signifikant betydning for tilbøjeligheden til at begå en type II fejl – hhv. gener fra nervesystemet og gener indenfor følgende område²³: tænder, mund, svælg, spiserør, mave, tarme, endetarm, lever eller bugspytkirtel. Eksempler på genetyper fra dette område kan være smerter, sår, synkebesvær, opkastninger eller forstoppelse.

Tilstedeværelsen af gener fra enten nervesystemet eller fra tænder, mund, svælg mv. betyder, at risikoen for, at sygeplejerskerne overser et behov for lægelige tiltag, bliver omkring halvt så stor sammenlignet med de tilfælde, hvor sygeplejersken ikke vurderer, at disse symptomer er til stede.

Selvom Hosmer-Lemeshow værdien også her er større end 0,05, er der i lighed med tabel 10, en grænse i konfidensintervallet, der ligger bemærkelsesværdigt tæt på 1, ligesom Nagelkerke R²-værdien er meget lav (0,048). Igen må det derfor konkluderes, at der er tale om en model, der kun i ringe grad kan beskrive, hvad der bidrager til, at sygeplejerskerne begår en type II fejl.

At der ikke kan findes stærke prædiktorer for, hvornår sygeplejerskerne begår en type I eller en type II fejl betyder, at hverken de baggrundsoplysninger, der er i skemaet, eller de oplysninger sygeplejerskerne indsamler vedr. den indsatte aktuelle somatiske helbred kan bruges til at belyse, hvornår eller for hvem, der oftest foretages en fejlagtig vurdering vedr. behovet for lægelige tiltag.

Det er undersøgt, om der omvendt kan findes nogle variable, der selvstændigt bidrager til, at sygeplejerskerne vurderer den indsatte behov for lægelige tiltag *korrekt*. Dette er ikke tilfældet.

²³ · For flere oplysninger omkring analyseforløbet og den endelige regressionsmodel se bilag 21.

Når der udføres en logistisk regressionsanalyse for sygeplejerskernes korrekte svar, ender ingen variable ud med at have signifikant betydning på et 5 pct. niveau. Desuden er også Nagelkerke R^2 -værdien (i sagens natur) 0,000, ligesom der ikke beregnes en Hosmer-Lemeshow p-værdi for de sidste to trin i analysen (jf. bilag 22).

Såvel rigtigheden som fejlslutningerne i sygeplejerskernes konklusion lader således til at afhænge af nogle forhold, der ligger uden for screenings-skemaet. Om det mislykkede forsøg på at finde en stærk prædiktionsmodel skyldes, at screeningsredskabet ikke formår at indsamle oplysninger om de forhold, der reelt har betydning for, om den indsatte bør ses af en læge eller ej, eller at sygeplejerskerne ikke anvender de indsamlede oplysninger konsistent og ligartet med lægerne, kan analysen ikke sige noget om. Det er også muligt, at sygeplejerskerne slet ikke finder de samme gener og symptomer hos de indsatte, som lægerne gør. Hvis det er tilfældet, træffer lægerne og sygeplejerskerne deres beslutning ud fra forskelligt grundlag, hvilket naturligt vil øge sandsynligheden for uoverensstemmende konklusioner omkring den indsatte helbred. I næste afsnit vil der blive set nærmere på netop dette forhold.

10.2 Overensstemmelse mellem sygeplejerskernes og lægernes vurdering af enkelte lidelsestypers forekomst

I lægernes og sygeplejerskernes registrerings-skemaer, er der netop med henblik på at kunne sammenligne deres vurderinger, indført en række spørgsmål, der på ligartet vis spørger til forekomst

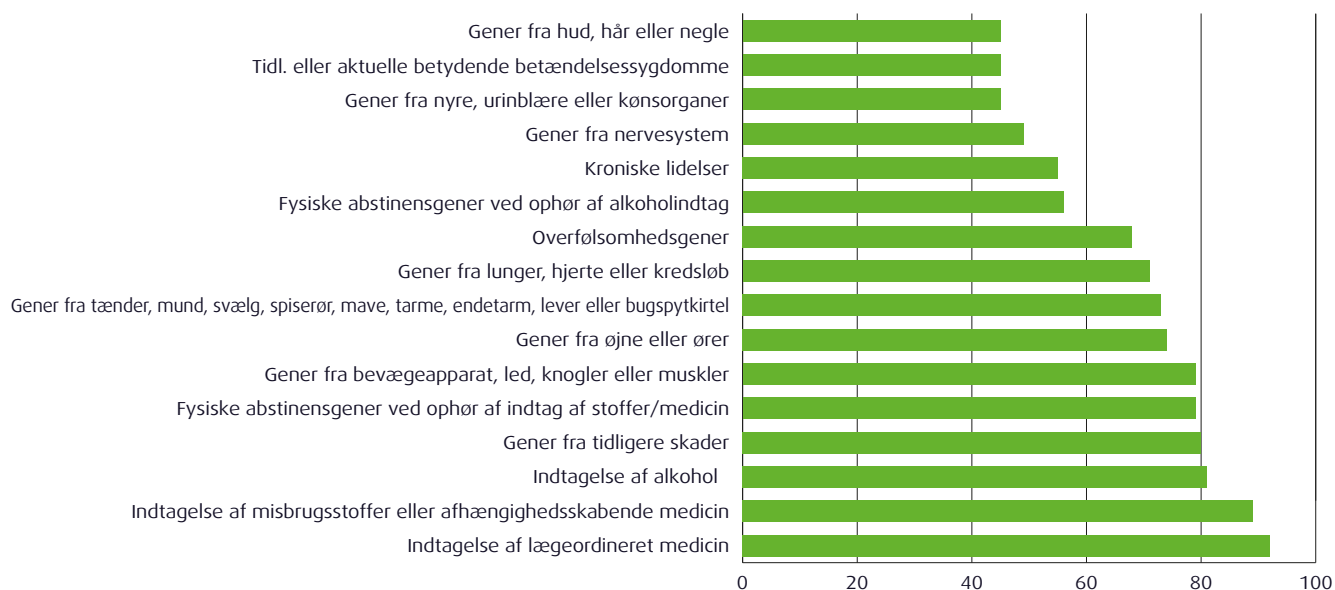
af forskellige symptomer og genetyper. Hvor sygeplejerskerne er blevet bedt om at registrere forekomsten uanset vurderet betydning, har lægerne kun registreret forekomsten af en given lidelse, hvis de samtidig har vurderet den af en sådan betydning, at den indgår i deres samlede vurdering af de indsatte somatiske helbredstilstand. Hvis lægerne eksempelvis har noteret forekomst af gener fra et givent organområde, bør sygeplejerskerne derfor også have registreret denne genetype for samme klient.

Figur 8 giver et billede af, i hvor stor udstrækning sygeplejerskerne vurderer forekomsten af forskellige lidelser korrekt, når der tages udgangspunkt i lægernes registreringer.

De angivne procenter i figur 8 viser, hvor stor en andel af dem, lægerne vurderer lider af det pågældende symptom eller gene, som sygeplejerskerne også har vurderet til at have symptomet/genen.

Det fremgår, at sygeplejerskerne i stor udstrækning får registreret de indsatte, der af lægerne er vurderet forbrugende af såvel alkohol, misbrugsstoffer og medicin. Det er dog nok også forventeligt, at de indsatte i høj grad lykkes med at gøre sygeplejerskerne opmærksomme på de nævnte forhold, da de indsatte gennemgående kender til og er bekymrede over udsigten til manglende mulighed for at indtage det pågældende stof, og de svære abstinenssymptomer der kan følge med. På samme måde er det også forventeligt, at de lidelser der kan være smertegivende og funktionshæmmende bliver registreret af sygeplejerskerne

Figur 8. Procentdel overensstemmelse mellem sygeplejerskernes og lægernes vurdering af lidelsers forekomst.



med relativt stor hyppighed. Dette gælder blandt andet bevægeapparatlidelser, tidligere skader, gener fra øjne, ører og mavetarmkanal. Ligeledes findes det ikke overraskende, at sygeplejerskerne i mindre omfang har fået registreret symptomer eller gener, der ofte ikke giver betydelige subjektive gener som lidelser i hud, hår og negle. Lægerne har således i 22 tilfælde angivet, at lidelser i hud, hår eller negle har ligget til grund for vurderingen af indsattes helbredstilstand, men kun ti af disse tilfælde er registreret af sygeplejerskerne. Det svarer til 45 pct. jf. figuren.

Det kan imidlertid ud fra denne logik undre, at eksempelvis muligt funktionshæmmende og symptomgivende lidelser i nyrer, urinveje og kønsorganer er blevet registreret med så ringe hyppighed af sygeplejerskerne. Dog er denne kategori kun repræsenteret med 11 observationer, hvilket er det laveste antal tilfælde. Der skal derfor ikke meget til at rykke på procentdelen, hvorfor også resultatet må tolkes med en vis forsigtighed.

Samlet tegner der sig et billede af, at sygeplejerskerne af en eller anden årsag ikke får registreret de samme symptomer og gener, som lægerne gør. Som nævnt indledningsvist spørger sygeplejerskerne systematisk alle indsatte om forekomst af de forskellige gener. Derudover er der tale om gener, som lægerne har vurderet af en vis betydning. Det er derfor svært umiddelbart at finde en forklaring på de relativt store uoverensstemmelser. Det fremgår af figur 8, at det forhold, sygeplejerskerne er bedst til at vurdere og registrere i overensstemmelse med lægerne, er, når den indsatte har et markant forbrug af alkohol, stoffer og/eller medicin.

Generelt må det siges, at der er store udfordringer for sygeplejerskerne i at registrere de samme symptomer og gener, som lægerne finder af betydning. Baggrunden for lægernes og sygeplejerskernes uensartede registreringer er uklar; om det er de to gruppers forskellige faglighed, op sætningen og anvendelsen af screeningskemaet eller noget helt tredje, der kan forklare dette, er ikke muligt at komme nærmere med denne undersøgelse. Men resultatet er væsentligt, idet det formentlig bærer en stor del af forklaringen på, hvorfor sygeplejerskerne ikke konkluderer det samme som lægerne i forhold til den indsattes behov for at blive set af en læge. For når lægerne og sygeplejerskerne ikke registrerer de samme gener og symptomer hos de indsatte, er det også min-

dre sandsynligt, at de vil foretage ens vurdering af vedkommendes behov for yderligere udredning og behandling.

I det næste afsnit vil det blive undersøgt, hvilke gener de indsatte, som sygeplejerskerne vurderer hhv. korrekt og ukorrekt, typisk har. Blikket vil derfor nu blive vendt fra sygeplejerskernes registreringer over til lægernes, da deres vurderinger betragtes som den korrekte beskrivelse af, hvilke lidelser de indsatte har.

10.3 Hvad karakteriserer de personer, som sygeplejerskerne fejlvurderer?

Tidligere i dette kapitel er det blevet belyst, hvilke faktorer fra sygeplejerskernes screeningskema, der har betydning for, om en indsat får fejlvurderet behovet for lægelige tiltag. I dette afsnit vil der blive set nærmere på, hvad der *karakteriserer* hhv. de indsatte, der bliver type I fejlvurderet, og dem der type II fejlvurderes. Der er tale om en deskriptiv analyse, og det kan derfor ikke sluttes, at de forhold der præsenteres i det følgende har selvstændig betydning for, eller er den direkte årsag til, at den indsatte vurderes rigtigt eller forkert af sygeplejerskerne. Det, der derimod tegnes et billede af her, er, hvad der kendetegner de indsatte, som sygeplejerskerne nu engang har fået placeret rigtigt eller forkert i forhold til, om der kræves lægeligt tilsyn. Karakteristikken tegnes på baggrund af lægens registreringer omkring den indsatte.

10.3.1 Baggrundsfaktorer

I projektregistreringerne indgår en række baggrundsfaktorer om de indsatte, der har været med i screeningsundersøgelserne, herunder køn, alder, hovedkriminalitet, om der har været behov for tolk til samtalen, om de er varetægtsarrestanter eller afsonere, og om de er blevet indsat fra friheden eller overført fra en anden institution i Kriminalforsorgen. Når der ses særskilt på de tre grupper; dvs. dem der er vurderet korrekt, dem hvis helbredstilstand er blevet overvurderet (type I fejl), og de indsatte hvis helbred er blevet undervurderet af sygeplejerskerne (type II fejl), findes der ingen signifikante forskelle på disse baggrundsfaktorer. Det er altså ikke sådan, at der eksempelvis er en større andel mænd eller unge i gruppen af fejlvurderede.

Der, hvor der imidlertid kan observeres en forskel, er i forhold til hvilket tjenestested, screenings samtalen og den efterfølgende lægekonsultation har fundet sted. Som det også viste sig i forbindelse med regressionsanalyserne ovenfor, forekommer

der flere type I fejl i Arresthuset i Århus sammenlignet med såvel gennemsnittet og de øvrige institutioner enkeltvis. Omvendt viser denne deskriptive analyse supplerende, at der forekommer signifikant færre type II fejl i netop Arresthuset i Århus (jf. bilag 23).

Når lægernes vurdering af, om der er behov for lægelige tiltag eller ej, fordeles på de fire institutioner i projektet, viser det sig, at lægen i Arresthuset i Århus har den markant laveste andel af indsatte, der vurderes til at have behov for at blive set af en læge. Kun 19 pct. af de indsatte er vurderet til dette i Århus, mens det er 51 pct. i gennemsnit. Dette giver alt andet lige også en højere sandsynlighed for, at sygeplejerskerne begår en type I fejl og omvendt en lavere sandsynlighed for, at de begår en type II fejl. Det har imidlertid ikke ved gennemgang af data været muligt at påvise hverken bevæggrunde for eller konstaterbare fejl vedrørende dette forhold. Forskellene må derfor umiddelbart tilskrives variationer i lægernes individuelle vurderinger.

I det følgende vil der blive præsenteret en række oplysninger omkring de sygdomme, der er fundet i hhv. gruppen af type I og type II fejl vurderede for at se, om der er nogle særlige forhold, der kendetegner de to grupper.

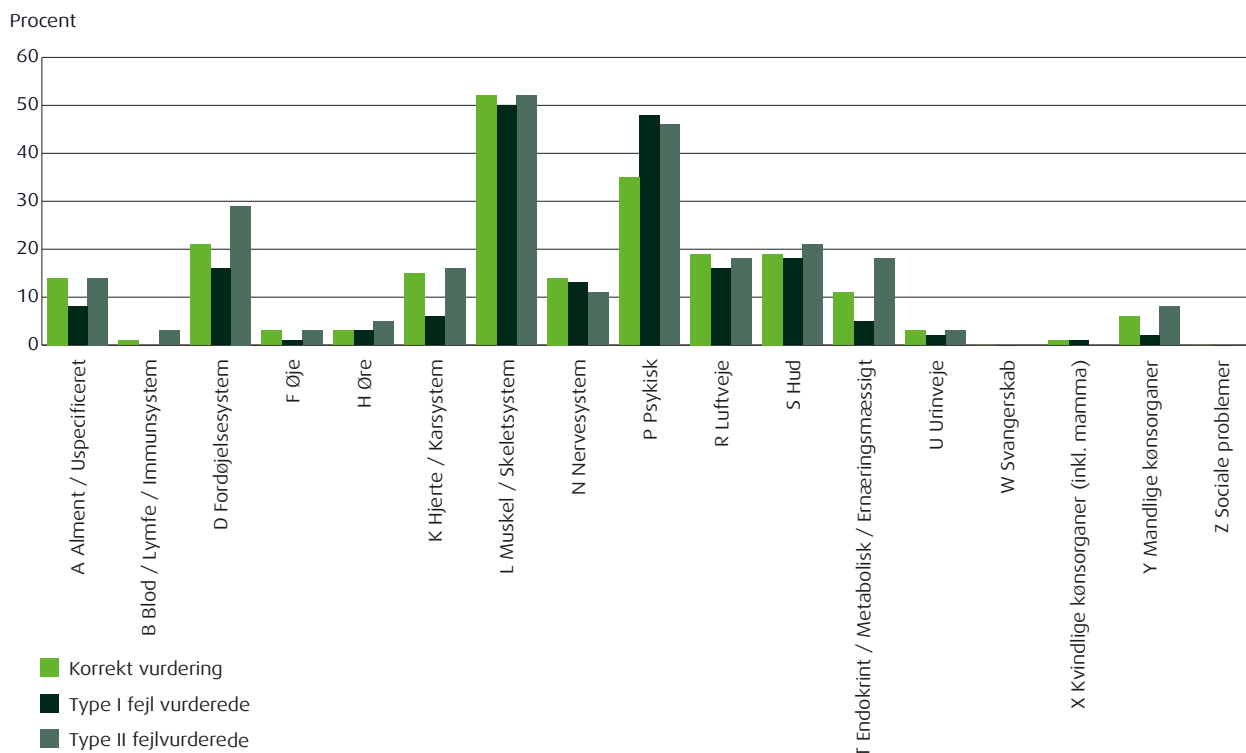
10.3.2 Diagnosetyper

Det første, der er undersøgt, er, hvilke typer af sygdomme, de type I og type II fejl vurderede har. Figur 9 viser, hvor stor en andel, der har en diagnose inden for de forskellige ICD-2 hovedgrupper. Samme person vil optræde flere gange i figuren, hvis vedkommende har en diagnose inden for flere forskellige hovedgrupper. Derfor kan søjlerne ikke summeres til 100 pct.

Figur 9 viser, at omkring halvdelen af såvel de type I som de type II fejl vurderede har en lidelse inden for *muskel/skeletsystemet*. Med andre ord har ca. hver anden af både de indsatte, der sendes unødigt til lægen og de indsatte, der ikke kommer til lægen i nødvendigt omfang, en lidelse i bevægeapparatet. Når der ses på, hvilke konkrete diagnoser, de typisk har inden for dette område, viser det sig, at der for begge grupper vedkommende oftest er tale om ondt i ryggen, knæet eller gener fra hænder eller fingre. Disse lidelser er i det hele taget hyppigt forekommende blandt de indsatte i Kriminalforsorgens fængsler og arresthuse og altså ikke kun blandt de fejl vurderede.

Figuren illustrerer også, at over 45 pct. af både de type I og de type II fejl vurderede har en psykisk lidelse. Dette er en signifikant større andel, end der findes blandt de indsatte, hvor sygeplejer-

Figur 9. Andelen af personer med mindst én diagnose indenfor hovedgruppen. Fordelt på type I og type II fejl vurderede samt korrekt vurderede.



skerne vurderer behovet for lægelige tiltag korrekt, hvor det er 35 pct., der har en psykiatrisk diagnose. For både de type I og type II fejl vurderedes vedkommende er det stofmisbrugsdiagnosen, der er den absolut hyppigst forekommende. I begge grupper findes stofmisbrug hos ca. hver fjerde indsatte. Til sammenligning er ca. hver femte af de indsatte, som sygeplejerskerne vurderer korrekt, diagnosticeret stofmisbrugere. Andre hyppigt forekommende psykiske diagnoser hos såvel de type I som type II fejl vurderede er ADHD og tobaksmisbrug.

Som beskrevet tidligere, er type II fejlen den mest alvorlige fejltype. Disse indsatte modtager ikke den lægelige bistand, de har behov for, hvilket kan udgøre en betydelig helbredsrisiko. Derfor skal denne gruppe vies ekstra opmærksomhed i det følgende.

Udover de allerede nævnte lidelser, har knap 30 pct. af de type II fejl vurderede en lidelse indenfor fordøjelsessystemet. Som oftest er der tale om sygdom i tand/tandkød, men mere alvorligt findes der også personer med virusleverbetændelse og mavesår. Begge disse sygdomme er af moderat alvorlighedsgrad og potentielt væsentligt behandlingskrævende.

Endelig skal gruppen af endokrine, metaboliske og ernæringsmæssige lidelser fremhæves. Der er en signifikant større andel med en diagnose inden for denne gruppe blandt de type II fejl vurderede, både når der sammenlignes med de indsatte, sygeplejerskerne vurderer korrekt, og den gruppe der type I fejl vurderes. Med andre ord har de personer, der udsættes for en type II fejl, signifikant oftere en lidelse indenfor det endokrine, metaboliske og ernæringsmæssige system. Nogle af de konkrete diagnoser, der dominerer inden for denne hovedgruppe er fedme, overvægt og abnormt væggtab. Umiddelbart kan en type II fejl måske være af mindre alvorlig betydning i relation til fedme og overvægt. Dog kan det omvendt have større omsorgssvigtende betydning i forhold til indsatte med abnormt væggtab, der kan være en komponent i en alvorlig og potentielt akut truende sygdomstilstand.

10.3.3 Diagnosernes alvorlighed

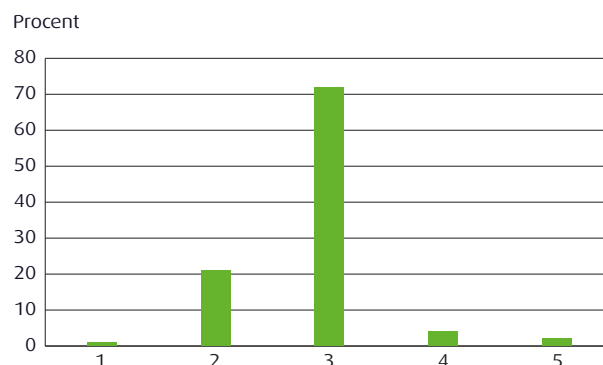
I dette afsnit analyseres det nærmere, hvor alvorlige diagnoser de type II fejl vurderede har.

Ses der i første omgang på, hvordan lægerne sam-

let vurderer helbredstilstanden blandt de indsatte, der ikke kommer til lægen, selvom der er behov for det, viser det sig, at gruppen fordeler sig ligeligt på to kategorier. Halvdelen af gruppen har ingen betydende eller vedvarende somatiske sygdomme. Den anden halvdel har lægerne imidlertid vurderet til at have en livskvalitetsforringende eller funktionsnedsættende somatisk sygdom. For denne gruppe kan det være særligt problematisk ikke at komme til lægen i tilstrækkeligt omfang og medføre yderligere helbredsforringelse.

Når der ses på alvorligheden af de konkrete diagnoser, som lægerne har stillet for de indsatte, der udsættes for en type II fejl, fremkommer følgende figur:

Figur 10. Diagnose med den højeste alvorlighedsværdi. Kun type II fejl vurderede.



Figuren viser, hvilken klassificering i alvorlighedsindexet den alvorligste diagnose, der er blevet stillet for de type II fejl vurderede, har. Hver person indgår kun én gang i figuren. I alt har 6 pct. af de indsatte, som sygeplejerskerne fejlagtigt ikke henviser til lægen, en lidelse der er klassificeret i den alvorlige ende – med en alvorlighedsgrad på 4 eller 5 på en skala fra 1-5. Det svarer til, at ca. hver 17. af de indsatte, der udsættes for en type II fejl, har en alvorlig eller meget alvorlig lidelse.

Hele 72 pct. af de indsatte, der på grund af en fejlagtig vurdering fra sygeplejerskernes side, ikke modtager de nødvendige lægelige tiltag, har en diagnose, der er klassificeret til 3, som den mest alvorlige. Det svarer til en muligt betydende lidelse.

Samlet viser billedet altså, at de indsatte, der udsættes for en type II fejl, typisk ikke lider af de allermost alvorlige sygdomme. Dog er der stadig tale om en gruppe, der i vid udstrækning har en moderat alvorlig diagnose, og hvis somatiske sygdomme

domme samlet set betyder forringet livskvalitet eller nedsat funktionsevne.

10.4 Opsummering

Projektets andet undersøgelsesspørgsmål er, hvorvidt det anvendte screeningskema sætter sygeplejerskerne i stand til korrekt at vurdere den indsattes behov for lægelige tiltag. Dette spørgsmål er besvaret i kapitel 10.

Analyserne viser først og fremmest, i hvor mange tilfælde sygeplejerskerne vurderer den indsattes behov for lægelige tiltag forkert. Der defineres to typer af fejl; hhv. en type I og en type II fejl. En type I fejl betyder, at sygeplejersken konkluderer, at den indsatte bør ses af en læge, når lægen selv vurderer, at dette ikke er nødvendigt. En type II fejl er de sager, hvor sygeplejerskerne overser et behov for lægelige tiltag hos den indsatte. Hvor en type I fejl har ressourcemæssige konsekvenser for Kriminalforsorgen, kan en type II fejl få alvorlige helbredsmæssige konsekvenser for den enkelte.

Resultatet er, at der er relativt markante afvigelser mellem lægernes og sygeplejerskernes vurdering af den indsattes behov for at blive set af en læge – både når det kommer til type I og type II fejl. Konkret viser det sig, at sygeplejerskerne i projektet begår 31 pct. type I fejl og 30 pct. type II fejl. Det vil sige, at ud af den gruppe, som lægerne vurderer *ikke* har behov for lægelige tiltag, sender sygeplejerskerne dem alligevel videre i 31 pct. af tilfældene. Og omvendt henviser sygeplejerskerne ikke den indsatte til lægen i 30 pct. af de tilfælde, hvor lægen har vurderet, at dette *var* nødvendigt.

Type I og type II fejlene er beregnet på delmængder af alle deltagerne i projektet. Den samlede fejlprocent opnås derfor ikke ved at lægge de to sammen. Af alle de indsatte, der indgår i projektet, er i alt 30 pct. blevet udsat for enten en type I eller en type II fejl.

En væsentlig pointe er, at det hverken for sygeplejerskernes type I eller type II fejl er muligt at opstille en stærk prædiktionsmodel. Det betyder, at de oplysninger, der er i screeningskemaet, kun i meget ringe grad kan bruges til at forklare, hvornår eller for hvem, der begås fejl.

Denne konklusion bliver draget efter gennemførelse af en logistisk regressionsanalyse. Via denne un-

dersøges det, hvilke variable fra sygeplejerskernes screeningskema, der har selvstændig betydning for, om der begås en type I eller type II fejl.

Slutmodellen viser, at risikoen for, at der bliver begået en type I fejl, har sammenhæng med, hvilken institution screeningsamtalen er foregået på. Et andet forhold, der øger risikoen for, at sygeplejerskerne sender den indsatte unødigt til lægen, er, hvis sygeplejerskerne har angivet, at den indsatte op til indsættelsen har indtaget alkohol dagligt. Det samme gælder, hvis pågældende har gener fra nervesystemet, som fx svimmelhed, hovedpine, lammelser eller ufrivillige bevægelser.

Omvendt mindsker det forhold, at den indsatte har gener fra nervesystemet, risikoen for en type II fejl – altså at sygeplejerskerne ikke får sendt vedkommende videre til lægen, når dette ifølge lægens vurdering er nødvendigt. Også gener fra mave-tarmkanalen mindsker risikoen for, at sygeplejerskerne overser et behov for lægelige tiltag. Det kan fx være, hvis den indsatte har smerter eller sår i relation til mavetarmkanal, synkebesvær eller opkastninger.

Samlet set har disse forhold dog som nævnt ikke den store forklaringskraft. Analysen kan derfor ikke give et klart svar på, for hvem eller under hvilke omstændigheder, sygeplejerskerne træffer en forkert beslutning.

Baggrunden for dette fund er uklart. Det kan eventuelt skyldes, at screeningskemaet ikke formår at spørge til relevante forhold, eller at sygeplejerskerne ikke anvender oplysningerne konsistent og på en måde, der leder til samme vurdering som lægen.

Det undersøges imidlertid om sygeplejerskerne og lægerne overhovedet registrerer de samme typer af gener og symptomer hos de indsatte. Konklusionen er, at dette i vid udstrækning ikke er tilfældet. Det kan muligvis bidrage til at forklare, hvorfor de to faggrupper også har markante uoverensstemmelser i deres vurderinger af den indsattes behov for lægelige.

Konkret viser det sig, at der er mellem otte og 55 pct. afvigelse mellem sygeplejerskernes og lægernes vurdering af tilstedeværelsen af en bestemt genotype/symptom. Den mest mangelfulde registrering ses i forhold til grupperne 'gener fra hud, hår eller negle', 'gener fra nyrer, blære eller køns-

organer' samt hvorvidt den indsatte har tidligere eller aktuelle betydelige betændelsestilstande. Den bedste overensstemmelse mellem sygeplejerskernes og lægernes oplysninger findes for de indsatte, som lægen har vurderet betydelige forbrugende af alkohol, stoffer eller medicin. I alle tilfælde har sygeplejerskerne registreret samme markante forbrug i mere end 80 pct. af tilfældene.

I anden halvdel af kapitlet præsenteres en beskrivelse af, hvilke forhold der gør sig gældende for de indsatte, der fejlvurderes af sygeplejerskerne. Det understreges, at der ikke er tale om en analyse i den forstand, at de forhold, der fremhæves er årsager til fejlvurderingen, men at der derimod er tale om en skildring af, hvad der *kendetegner* de indsatte, som sygeplejerskerne nu engang har fået vurderet rigtigt eller forkert i forhold til, om der kræves lægeligt tilsyn.

De deskriptive analyser viser ingen forskelle i forhold til baggrundsfaktorer som fx køn, alder eller om der har været anvendt tolk til screeningsamtalen. Det er altså ikke sådan, at det for eksempel er mænd, de yngre indsatte eller dem, der ikke taler dansk, der i større eller mindre grad udsættes for fejl. Derimod ses der signifikant sammenhæng mellem rigtigheden af sygeplejerskernes vurdering og hvilket tjenestested, som screeningsamtalen er foregået på. I tråd med resultaterne fra regressionsanalysen viser det sig, at der er signifikant flere type I fejl i Arresthuset i Århus sammenlignet med de øvrige institutioner. På den anden side viser den deskriptive analyse desuden, at andelen af type II fejl er signifikant lavere i Arresthuset i Århus. Det vurderes, at denne forskel i høj grad har sammenhæng med, at netop lægen i Arresthuset i Århus har en bemærkelsesværdigt lav andel af indsatte, han vurderer til at have behov for lægelige tiltag.

Når det kommer til helbredsrelaterede forhold ligner de type I og type II fejlvurderede hinanden på en række punkter. Blandt andet har ca. halvdelen af begge grupper en lidelse i muskel/skeletsystemet.

Typisk er der tale om, at de har ondt i ryggen eller knæet eller har gener fra hænder og fingre.

Desuden har over 45 pct. af såvel de type I som de type II fejlvurderede en psykisk diagnose. Der er for begge gruppers vedkommende oftest tale om stofmisbrug, men også ADHD er relativt hyppigt forekommende.

Analysen beskæftiger sig derefter særligt med de indsatte, der udsættes for en type II fejl, idet denne fejltype er den mest alvorlige. Knap 30 pct. af de indsatte, sygeplejerskerne fejlagtigt ikke sender videre til lægen, har en lidelse indenfor fordøjelsessystemet. Herunder findes blandt andet indsatte med moderat alvorlige sygdomme som virusleverbetændelse og mavesår.

De type II fejlvurderede har i 18 pct. af tilfældene en sygdom inden for det endokrine/metaboliske/ernæringsmæssige system. I denne gruppe findes blandt andet indsatte, der har udvist abnormt vægttab. Det kan være alvorligt at overse denne gruppes behov for lægelige tiltag, da det kan være et symptom på en alvorlig og potentielt akut truende sygdomstilstand.

I forhold til alvorligheden af de sygdomme, de indsatte der udsættes for en type II fejl har, viser analysen, at det generelt ikke er de allermest alvorlige. Dog understreges alligevel, at fejlvurderingerne kan have helbredsrelaterede konsekvenser for den enkelte. For knap ¾ af de type II fejlvurderede gælder det, at de har en moderat alvorlig diagnose (klassificeret til 3 på en skala fra 1-5). Derudover vurderer lægerne i 50 pct. af alle de tilfælde, hvor sygeplejerskerne fejlagtigt ikke sender den indsatte videre, at pågældende har en livskvalitetsforringende eller funktionsnedsættende somatisk sygdom. Det vil sige et væsentligt sygdomsforhold, der på baggrund af sygeplejerskernes fejlvurdering kan give yderligere helbredsforringelse, da de ikke modtager den påkrævede lægelige udredning/behandling.

Kapitel 11

Hvilke sygdomme forekommer blandt Kriminalforsorgens klientel?

I dette kapitel besvares undersøgelsens tredje spørgsmål: Hvilke somatiske sygdomme findes blandt Kriminalforsorgens klientel?

I kapitlet beskrives det, hvilke helbredsmæssige problemstillinger Kriminalforsorgens indsatte har. Der findes kun meget sparsom viden om danske indsattes somatiske sundhedstilstand, hvorfor analyserne bidrager med ny, grundlæggende viden. Kapitlet beskæftiger sig hverken med betydningen af at lade en læge eller en sygeplejerske helbreds-screene de indsatte. Derimod tegnes et billede af, hvilke sundhedsmæssige forhold Kriminalforsorgens læger og sygeplejersker skal tage sig af, uanset hvordan sundhedsbetjeningen er tilrettelagt.

Det var oprindeligt formålet, at oplysningerne vedr. de indsattes sundhedstilstand skulle sammenlignes med en køns- og alderssvarende population fra det omgivende samfund. Desværre satte udefrakommende forhold en stopper for denne analyse²⁴.

Opgørelser, figurer mv. tager udgangspunkt i lægernes tre-månedersregistreringer. En del af oplysningerne, der præsenteres, er sammendrag fra kapitel 9 omkring helbredsundersøgelsernes effekt. I stedet for at fokusere på hvilke forskelle, der er fundet mellem de to populationer, er opmærksomheden imidlertid nu kun på de indsatte i deltagergruppen. Figurer og tabeller, der allerede er præsenteret i kapitlet om screeningens effekt, vil ikke blive præsenteret igen, men der henvises i de tilfælde i stedet til nummeret på figuren/tabellen. Når der præsenteres figurer og tabeller i dette kapitel, er det derfor på baggrund af oplysninger, der ikke tidligere er blevet fremstillet i rapporten.

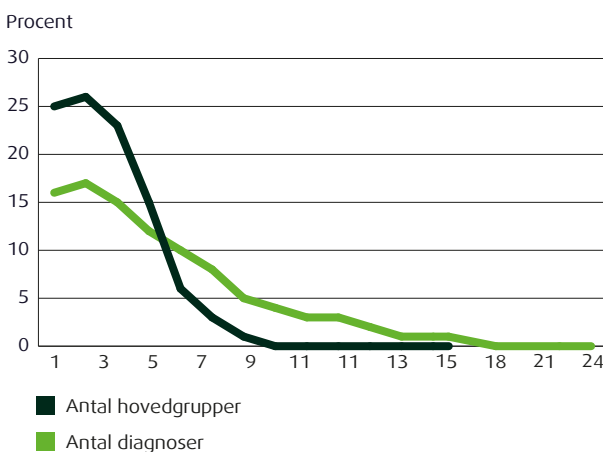
24 · Der har været søgt om adgang til såkaldte DAMD-data hos Dansk Almenmedicinsk KvalitetsEnhed (DAK-E). Ansøgningen blev i første omgang godkendt af DAK-E og Datatilsynet. Dog blev der umiddelbart før modtagelsen sat en stopper for udlevering af data, da Datatilsynet efterfølgende og generelt for næsten alle DAK-E data vurderede, at de indsamlede data fra landets alment praktiserende læger var i strid med persondataloven. Oplysningerne i databasen er derfor planlagt slettet. Se evt. <http://ugeskriftet.dk/nyhed/endelig-dom-data-i-damd-slettes> (set 16. april 2015).

11.1 Sygdomsforekomst

Blandt de indsatte i Kriminalforsorgens fængsler og arresthuse findes der en diagnose hos ni ud af ti indsatte. Kun hos hver tiende indsatte er der altså slet ikke registreret nogen sygdom (afsnit 9.1, figur 4).

I figur 11 er de personer, der ikke har fået stillet en diagnose, taget ud.

Figur 11. Antal diagnoser og hovedgrupper. Kun personer med mindst én diagnose.



Figur 11 viser, at de indsatte har fået stillet mellem én og 24 diagnoser, og at de generelt er fundet lidende af sygdomme i mellem en og ti forskellige hovedgrupper. Hovedgrupperne repræsenterer typisk forskellige organgrupper. De fleste indsatte får imidlertid stillet to diagnoser, og det er også oftest forekommende, at de findes lidende af sygdom indenfor to forskellige hovedgrupper.

Tabel 12 viser, hvilke 20 diagnoser der oftest er registreret blandt de indsatte. Procentdelene baserer sig på den totale population, altså også den gruppe, der ikke har fået stillet en diagnose.

Ikke uventet er den oftest forekommende enkelte diagnose en psykiatrisk diagnose, nemlig stofmisbrug. En femtedel af projektets 672 indsatte findes tre måneder efter indsættelsen fortsat belastet af stofmisbrug. Der ses et betydeligt spring ned til de næsthøjest diagnose, som er hhv. dårlig tandstatus og gener fra ryg. Begge disse lidelser

er registreret forekomne hos knap hver ottende indsatte. Herefter findes nyindsatte lidende af diverse gener fra hænder og fingre. Hos ca. hver 11. indsatte findes astma.

Bemærkelsesværdigt er det, at tobaksmisbrug kun er registreret hos syv pct. af de indsatte. En hypotese kunne være, at lægerne kun har registreret tobaksmisbrug som en somatisk lidelse, hvis den samtidig er ledsaget af en relateret diagnose, som kronisk obstruktiv lungelidelse (KOL), kronisk bronkit, astma, lungebetændelse, kræft i luftvejene eller en åreforkalkningslidelse i hjertet. Dette er imidlertid ikke tilfældet, da kun to af de 45 personer, der er registreret med tobaksmisbrug samtidig også har en af de nævnte lidelser. Tilfældet er nok, at lægerne kun har registreret rygning som en lidelse, når de har haft en indsat med et påfaldende stort tobaksforbrug, eller at de ganske enkelt ikke har været opmærksomme på, at rygning også kan være en lidelse.

Af andre interessante fund kan fremhæves, at ca. otte pct. af de indsatte er registreret med diagno-

sen ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder eller hyperkinetisk forstyrrelse). Derudover er der hos fem pct. af de screenede fundet virusleverbetændelse, der dog som tidligere nævnt ikke kan karakteriseres nærmere med hensyn til undertype.

Når enkelt diagnoserne samles i de hovedgrupper, hvor de hører til jf. ICPC-2 kodeskemaet, viser det sig, at det område, som de indsatte oftest findes lidende indenfor, er muskel/skeletsystemet. 56 pct. af de indsatte har mindst én lidelse inden for muskel/skeletsystemet, eller bevægeapparatet som det også kaldes. Dernæst følger psykiske lidelser, som er fundet hos 35 pct. af de indsatte. Hudlidelser er registreret hos 30 pct., og endelig er der angivet diagnoser inden for fordøjelsessystemet/mavetarmkanalen hos 29 pct. af samtlige af de indsatte, der er blevet tilset af en læge i projektet (jf. afsnit 9.1, figur 3). Tabel 13 viser, hvilke tre diagnoser der oftest er registreret inden for hvert af disse områder.

Af tabellen fremgår, at det, der dominerer indenfor muskel/skeletsystemet, typisk er slidgigtprægede

Tabel 12. Top 20 over de oftest forekommende diagnoser blandt de indsatte.

Diagnosekode og navn	Antal indsatte	Procentdel af de indsatte
P19 Stofmisbrug	133	19,8%
D82 Sygdom i tand/tandkød	81	12,1%
L02 Symptom/klage fra ryg	77	11,5%
L12 Symptom/klage fra hånd/finger	65	9,7%
R96 Astma	61	9,1%
L81 Skade på muskel/skeletsystem IKA	54	8,0%
P81 Hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD)	53	7,9%
L08 Symptom/klage fra skulder	51	7,6%
L15 Symptom/klage fra knæ	49	7,3%
L84 Rygsyndrom uden smerteudstråling	47	7,0%
P17 Tobaksmisbrug	45	6,7%
L74 Fraktur i hånd/fod	44	6,6%
R97 Høfeber	40	6,0%
D72 Virushepatit	36	5,4%
P15 Kronisk alkoholmisbrug	33	4,9%
S06 Lokaliseret udslæt	31	4,6%
L17 Symptom/klage fra fod/tå	30	4,5%
S74 Hudsvamp	30	4,5%
L01 Symptom/klage fra cervikalregion	30	4,5%
L14 Symptom/klage fra lår/underben	30	4,5%

lidelser fra ryg og hænder samt skader på muskel/skeletsystemet, der ikke er nærmere specificeret. Formentligt er disse lidelser i en eller anden udstrækning betinget af fysiske skader og muligvis med et islæt af følgetilstande til uhensigtsmæssig træning evt. under indtagelse af muskelopbyggende hormoner. Inden for gruppen af de psykiske sygdomme forekommer hele spektret, inklusiv sindssygdomme. De diagnoser, der dominerer, er imidlertid misbrugsdiagnoserne, herunder stof- og tobaksmisbrug samt ADHD.

Gruppen af hudsygdommene er særligt repræsenteret ved udslæt, svampelidelser og akne. For fordøjelsessystemet er det særligt caries, der dominerer. Dette skyldes formodentligt dårlig tand- og mundhygiejne. Derudover er også virusleverbetændelser og mavekatar blandt de oftest registrerede diagnoser i gruppen.

11.2 Alvorlighed

Der er to mål i projektet, der afspejler alvorligheden af de sygdomme, der er registreret blandt de indsatte i de danske fængsler og arresthuse. Det ene er projektlægerens samlede konklusion vedr. den indsattes helbredstilstand, og det andet er det alvorlighedsindeks, der er udviklet specifikt til projektet.

Lægerne har haft mulighed for at indplacere den indsatte i en af tre kategorier gående fra ingen betydende sygdomme til livstruende somatisk sygdom på kort sigt. Den overvejende del af de indsatte, 55

pct., falder i den mindst alvorlige kategori "ingen betydende eller vedvarende somatiske sygdomme fundet". Heraf har 18 pct. ingen aktuelle diagnoser overhovedet, mens 82 pct. har en lidelse, men altså ikke en der skønnes at være af særlig betydning eller af vedvarende karakter. Hos 44 pct. af alle de indsatte har lægerne derimod konkluderet, at der findes en livskvalitetsforringende eller funktionsnedsættende somatisk sygdom. Én indsat er vurderet til at have så alvorlig somatisk sygdom, at han er livstruet på skønnet kort sigt (jf. afsnit 9.1, tabel 6).

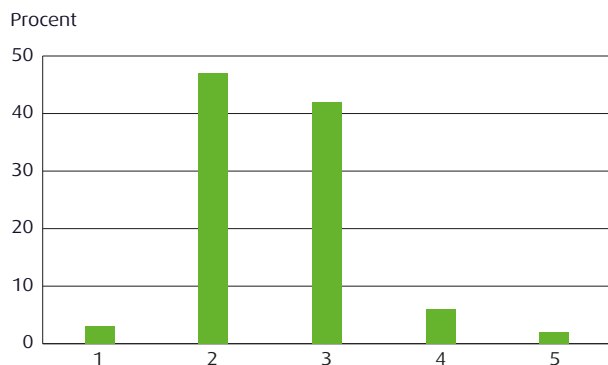
Med alvorlighedsindekset bliver hver enkelt diagnose klassificeret på en skala fra 1-5, hvor 1 er mindst alvorlig (se nærmere beskrivelse af alvorlighedsindekset i afsnit 9.2). I figur 12 er det illustreret, hvilken alvorlighedsgrad, de forskellige diagnoser, der er blevet stillet, har. Hver diagnose indgår kun én gang.

Figur 12 viser fordelingen af alvorligheden af de 345 forskellige diagnoser, de indsatte har fået stillet. Som det fremgår, har knap ni ud af ti af diagnoserne alvorlighedsgrad 2 eller 3. Desuden ses det, at det er relativt få af de stillede diagnoser, der vurderes til den allerlaveste alvorlighedsgrad, og på samme måde er heller ikke mange af de sygdomme, der opdages, i den meget alvorlige ende af skalaen.

Figur 12 fortæller dog ikke noget om, hvor mange personer, der har fået stillet en diagnose inden for

Tabel 13. Tre oftest forekommende diagnoser indenfor udvalgte, dominerende hovedgrupper (n=672).

Diagnose navn	Antal indsatte	Procentdel af de indsatte
L Muskel/Skeletsystem	375	55,8 %
L02 Symptom/klage fra ryg	77	11,5 %
L12 Symptom/klage fra hånd/finger	65	9,7 %
L81 Skade på muskel/skeletsystem IKA	54	8,0 %
P Psykisk	238	35,4 %
P19 Stofmisbrug	133	19,8 %
P81 Hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD)	53	7,9 %
P17 Tobaksmisbrug	45	6,7 %
S Hud	200	29,8 %
S06 Lokaliseret udslæt	31	4,6 %
S74 Hudsvamp	30	4,5 %
S96 Akne	29	4,3 %
D Fordøjelsessystem	193	28,7 %
D82 Sygdom i tand/tandkød	81	12,1 %
D72 Virushepatit	36	5,4 %
D87 Mavekatar	27	4,0 %

Figur 12. Alvorligheden af de stillede diagnoser (N=345).

de forskellige alvorlighedsgrader. Når hele gruppen af indsatte, inklusiv de raske, betragtes, kan det konstateres, at i alt otte indsatte har fået stillet en diagnose, der er vurderet til alvorlighedsgrad 5, som den mest alvorlige²⁵. Dette svarer til 1 pct. af de indsatte. Det drejer sig blandt andet om personer med en blodprop i lungen, hjertesygdom eller en kræftdiagnose. 11 pct. af de indsatte har fået stillet en diagnose, der er klassificeret til 4, som den mest alvorlige. Langt de fleste indsatte – 63 pct. af hele den undersøgte population – har en 3'er diagnose, som den mest alvorlige. Under 1 pct. af de indsatte har en 1'er diagnose, som den mest alvorlige, hvilket vil sige, at når disse diagnoser stilles, er de stort set altid ledsaget af en mere betydende diagnose (jf. afsnit 9.2, figur 6).

Det sidste der undersøges i et forsøg på at indfange sygdomsforekomsten blandt Kriminalforsorgens klientel samt alvorligheden af denne, er, hvor alvorlige de oftest stillede diagnoser er. I forlængelse af ovenstående afsnit, er det dog ikke nogen overraskelse, at også de diagnoser, der forekommer på listen over de 20 hyppigst registrerede diagnoser, placerer sig på alvorlighedsgrad 2 og 3. Mere præcist er 13 af de 20 oftest stillede diagnoser klassificeret til 2, mens de resterende syv er vurderet til 3 på skalaen fra 1-5.

11.3 Nyindsatte med tegn på vold

Som beskrevet i afsnittet om undersøgelsens baggrund, anbefaler CPT blandt andet at indføre en screeningsordning med det formål at opnå en *"timely recording of injuries"* – altså en rettidig registrering af skader. Denne anbefaling er søgt imødekommet ved, at projektets læger er blevet bedt om at registrere, hvorvidt den nyindsatte ved

den generelle lægeundersøgelse ved indsættelsen havde fysiske tegn på at have været udsat for vold.

Det formodes, at CPTs interesse for *"injuries"* specielt vedrører skader, der potentielt kan være påført af politi eller fængselspersonale. Dette anføres dog ikke direkte. I relation til dette projekt, har lægerne – hvis de har konstateret tegn på vold – summarisk beskrevet de fysiske tegn, de vurderede kunne være forårsaget af vold. Lægerne har ikke spurgt ind til, hvordan den indsatte skader konkret er opstået. Det er derfor ikke uddybet, hvem der har forårsaget skaden, eller i hvilken sammenhæng, den er opstået.

11.3.1 Konkrete fund

Opgørelsen på baggrund af lægernes registreringer viser, at lægerne har fundet tegn på vold hos i alt 13 ud af 673 lægeundersøgte. I tabel 14 er det angivet, hvilke tegn på vold projektlægerne har registreret. Desuden fremgår tidspunktet for lægeundersøgelsen i forhold til indsættelsen, hvorfra pågældende er indsat, samt i hvilken af projektets fire institutioner vedkommende er indsat og undersøgt.

I alt 13 ud af 673 nyindsatte har altså skader, der af lægerne er blevet tolket som tegn på, at pågældende kan have været udsat for vold før lægeundersøgelsen. Selvom lægerne ikke er blevet bedt om at registrere baggrunden for skaderne, har lægerne i seks af de registrerede 13 tilfælde alligevel angivet formodet årsag til fundet sammen med deres beskrivelse af skaden. Årsagerne er, som det ses af tabel 14, i ét tilfælde angivet til bid af hund, i to tilfælde håndjernsbetinget skade, i yderligere to tilfælde skade ved kniv og endelig i et tilfælde har lægerne angivet "hårdhændet anholdelse" som den formodede årsag til skaden.

Ud fra lægernes angivelser, skønner projektgruppen, at 11 af de 13 skader potentielt kan være opstået i relation til den nyindsattes kontakt med politiet og/eller Kriminalforsorgens personale. Kun to registrerede skader, "snitsår" og "ar efter knivstik" (nr. 3 og 5 i tabel 14) skønnes ikke at kunne være relateret til en hændelse med politi eller kriminalforsorgspersonale. De 11 øvrige indsatte kan muligvis have fået skader i relation til anholdelse og/eller indsættelse til frihedsberøvelsen. Dette svarer til 1,6 pct. af alle de undersøgte indsatte i projektet. Dog er det hverken sikkert, hvem der har forårsaget skaden eller om den – hvis den er

25 · Det er muligt, at samme person også har fået stillet mindre alvorlige diagnoser. I denne opgørelse tælles dog kun den mest alvorlige diagnose for hver person. Hver person indgår således kun én gang.

Tabel 14. Fund der ved lægeundersøgelsen er vurderet som tegn på vold.

1	Tegn på vold: <i>"Bid af hund, 15cm ar på højre balle samt små sår, det hele under opheling"</i> Baggrundsoplysninger: Mand, lægeundersøgt 8 dage efter indsættelse fra frihed som varetægtsarrestant i Arresthuset i Århus
2	Tegn på vold: <i>"For stramme håndjern med nervepåvirkning til følge"</i> Baggrundsoplysninger: Mand, lægeundersøgt 4 dage efter indsættelse fra anden institution som afsoner i Statsfængslet Østjylland
3	Tegn på vold: <i>"Snitsår (kniv) svarende til dorsalsiden [ryggen] af højre hånd"</i> Baggrundsoplysninger: Mand, lægeundersøgt 2 dage efter indsættelse fra frihed som afsoner i Statsfængslet Østjylland
4	Tegn på vold: <i>"Fractura man.dxt, dvs. klinisk brud på højre hånd efter knytnæveslag mod anden person i håndgemæng"</i> Baggrundsoplysninger: Mand, lægeundersøgt 7 dage efter indsættelse fra frihed som varetægtsarrestant i Arresthuset i Slagelse
5	Tegn på vold: <i>"Ar efter knivstik"</i> Baggrundsoplysninger: Mand, lægeundersøgt 4 dage efter indsættelse fra anden institution som varetægtsarrestant i Statsfængslet Østjylland
6	Tegn på vold: <i>"Hævelse af laterale malleol [ydre ankelknyst] på venstre fod og hudafskrabning over akillesenen"</i> Baggrundsoplysninger: Mand, lægeundersøgt 9 dage efter indsættelse fra frihed som varetægtsarrestant i Arresthuset i Århus
7	Tegn på vold: <i>"Smarter fra venstre skulder. Ved objektiv undersøgelse findes myoser [muskelinfiltrationer] i nakke-skulderåg. Ingen synlige tegn på vold. Formentlig hårdhændet anholdelse"</i> Baggrundsoplysninger: Mand, lægeundersøgt 3 dage efter indsættelse fra frihed som varetægtsarrestant i Arresthuset i Slagelse
8	Tegn på vold: <i>"Lette excoriationer [hudafskrabninger] på OE [arm/arme]"</i> Baggrundsoplysninger: Mand, lægeundersøgt 7 dage efter indsættelse fra frihed som varetægtsarrestant i Arresthuset i Slagelse
9	Tegn på vold: <i>"Svarende til 2-3 knoed på højre side friske kontusionssår [kvæstningssår]"</i> Baggrundsoplysninger: Mand, lægeundersøgt 4 dage efter indsættelse fra anden institution som varetægtsarrestant i Statsfængslet Østjylland
10	Tegn på vold: <i>"15x10 cm stort hæmatom [blodansamling] på indersiden af venstre overarm og mindre område på højre overarm ca. 3x5 cm. Højre femur [lår] 10x 15 cm hæmatom [blodansamling]"</i> Baggrundsoplysninger: Mand, lægeundersøgt 12 dage efter indsættelse fra frihed som varetægtsarrestant i Arresthuset i Århus
11	Tegn på vold: <i>"Ømhed i nakken"</i> Baggrundsoplysninger: Mand, lægeundersøgt 15 dage efter indsættelse fra frihed som varetægtsarrestant i Arresthuset i Århus
12	Tegn på vold: <i>"Ømhed efter håndjern"</i> Baggrundsoplysninger: Mand, lægeundersøgt 10 dage efter indsættelse fra anden institution som varetægtsarrestant i Arresthuset i Århus
13	Tegn på vold: <i>"Antydede hæmatomer [blodansamlinger] på begge håndled og underarme"</i> Baggrundsoplysninger: Mand, lægeundersøgt 12 dage efter indsættelse fra frihed som varetægtsarrestant i Arresthuset i Århus

opstået i forbindelse med anholdelse eller indsættelse – er forårsaget af lovlig og påkrævet magtanvendelse eller af irregulær og unødigt magtanvendelse.

Samlet set konkluderes det derfor, at nyindsatte med tegn på vold ikke synes at være et udbredt forhold i den danske kriminalforsorg. Ved eventuel permanent indførelse af en generel helbredsundersøgelse ved indsættelsen kan nyindsattes tegn på vold imidlertid være et fokuspunkt på lige fod med de øvrige helbredsmæssige forhold, som undersøgelsen vil rette opmærksomhed mod.

11.4 Opsummering

Ovenstående afsnit viser, at der er en udpræget sygelighed blandt Kriminalforsorgens klientel. 90 pct. af alle indsatte har mindst én diagnose – enten en somatisk lidelse eller en psykisk lidelse med mulige sekundære somatiske implikationer. Oftest ses der to diagnoser hos de indsatte, og der er også flest, der er registreret med en diagnose inden for to forskellige ICPC-2 hovedgrupper.

Den oftest registrerede lidelse er en psykisk li-

delse. Det drejer sig om stofmisbrug, som findes hos 20 pct. af alle de indsatte. Dette niveau er relativt lavt set i forhold til øvrige undersøgelser af klientellet, hvor der er registreret stofmisbrug hos omkring 1/3 af kriminalforsorgens samlede klientel (Kramp et al 2003). En del af forklaringen kan muligvis være, at undersøgelsen fra 2003 netop var målrettet misbrug hos indsatte og havde en velafgrænset definition for misbrug, hvorimod dette screeningsprojekt har været målrettet en almenlægelig vurdering af nyindsattes helbredstilstand.

De næsthyppigste enkelt diagnoser, der er fundet hos de indsatte, er hhv. dårlig tandstatus og gener fra ryggen. Begge disse lidelser er angivet hos knap hver ottende indsatte. Umiddelbart efter findes diverse gener fra hænder og fingre. Ni pct. af de indsatte har astma, og fem pct. lider af smitsom virusleverbetændelse.

I ICPC-2 kodeskemaet, som lægerne har anvendt, er diagnoserne inddelt i hovedgrupper, der hovedsagligt refererer til kroppens forskellige organsystemer. Når diagnoserne opgøres på disse hoved-

grupper, viser det sig, at de indsatte oftest har en lidelse indenfor muskel/skeletsystemet. Dette gør sig gældende for 56 pct. af de indsatte, der har deltaget i projektet. Oftest er det gener fra ryg og hænder samt ikke nærmere specificerede skader, de indsatte er plaget af.

Den hovedgruppe, de indsatte næsthyppigst har en lidelse indenfor, er gruppen af de psykiske lidelser. 35 pct. af de lægeundersøgte har en diagnose indenfor denne gruppe, hvor det er misbrugsdiagnoserne samt ADHD diagnosen, der dominerer.

Hos 30 pct. er der fundet en hudlidelse, typisk udslæt, svamp og akne, og hos 29 pct. af alle de indsatte, der har haft lægelig konsultation, er der blevet registreret en lidelse indenfor fordøjelsessystemet/mavetarmkanalen. Her er det særligt dårlig tandstatus, virusleverbetændelse og mavekatar, der findes.

Der er anvendt to forskellige mål for at indfange alvorligheden af de indsattes somatiske sygdomme. Dels er der brugt en tretrins-skala, hvor lægerne har foretaget en samlet vurdering af den enkelte indsattes somatiske helbredstilstand, og dels er der udviklet et alvorlighedsindeks, der giver hver enkelt diagnose en værdi fra 1 til 5, hvor 5 er mest alvorlig.

Projektets data viser, at den overvejende del af de indsatte placerer sig i den mindre alvorlige ende. Når det gælder den samlede helbedsvurdering, har lægerne angivet 55 pct. af de indsatte til ikke at have nogen betydende eller vedvarende somatiske sygdomme. Dog er det stadig en betragtelig del, som lægerne har vurderet til at have en livskvalitetsferringende eller funktionsnedsættende somatisk sygdom, nemlig 44 pct. Der er imidlertid kun en enkelt indsat, hvor lægerne har konkluderet, at helbredstilstanden er så dårlig, at han skønnes at være livstruet på kort sigt.

I analysen undersøges det også, hvor høj værdi den alvorligste stillede diagnose har, når der for hver enkelt indsat ses på de diagnoser, der er stillet. Det viser sig, at under 1 pct. af de indsatte har en diagnose, som er klassificeret til 1 på alvorlighedsskalaen som den mest alvorlige. Dette tyder altså på, at de mest ubetydende diagnoser næsten altid ledsages af en mere betydende. Den overvejende del af de indsatte har en 3'er diagnose, som den mest alvorlige. Dette gør sig gældende for 63 pct. 11 pct. har en 4'er diagnose som den højeste,

og endelig er der 1 pct., der har den mest alvorlige diagnosetype, dvs. en 5'er.

Opsummeret er billedet, at den altovervejende del af de indsatte har en diagnose (90 pct.), men at det som oftest ikke er i den alvorligere ende af skalaen. Samme tendens viser sig, når der ses på alvorligheden af de oftest stillede diagnoser. Når de 20 diagnoser, der hyppigst er registreret for hele gruppen af indsatte, listes op, ses det, at de alle er klassificeret til enten 2 eller 3 på alvorlighedsskalaen.

Et af formålene med at lade sundhedspersonale tilse alle nyindsatte er ifølge CPT, at der derved vil ske en rettidig registrering af eventuelle skader. Det formodes, at CPT særligt har interesse i, at det kommer til sundhedspersonalets kendskab, hvis den indsatte har pådraget sig skader i relation til anholdelsen eller indsættelsen. For at indhente viden om, hvorvidt dette er en problemstilling, der også skal tages højde for i den danske kriminalforsorg, er lægerne i projektet blevet bedt om at observere og registrere, hvorvidt den nyindsatte har tegn på vold. Analysen viser, at 13 ud af de 673 indsatte, der er blevet undersøgt i forbindelse med projektet, har skader, der af lægerne er blevet tolket som mulige tegn på vold. Det er ikke uddybet, hvem der har forårsaget skaden eller hvilken hændelse, der har ført til den. På baggrund af lægernes notater skønner projektgruppen dog, at i hvert fald to af de 13 skader *ikke* er påført af politi eller kriminalforsorgspersonale. De resterende 11 personer har skader, der *potentielt* kan være opstået i forbindelse anholdelse eller indsættelse i en af Kriminalforsorgens institutioner. Dette svarer til 1,6 pct. af samtlige nyindsatte. Det er dog hverken sikkert, hvem der har forårsaget skaden, om der er tale om et hændeligt uheld eller ulykke, eller om skaden – hvis den er opstået i relation til politiet eller kriminalforsorgens personale – er en følge af lovlig og påkrævet magtanvendelse eller af irregulær og unødigt magtanvendelse.

Den samlede konklusion er derfor, at det ikke vurderes at være et udbredt problem i den danske kriminalforsorg. Hvis det besluttet at ændre sundhedsbetjeningen, så alle nyindsatte modtager en generel helbedsundersøgelse, kan der imidlertid rettes opmærksomhed mod eventuelle tegn på vold hos de nyindsatte på lige fod med de øvrige helbedsmæssige forhold, undersøgelsen vil fokusere på.

Kapitel 12

Afsluttende bemærkninger og anbefalinger

I dette afsluttende kapitel vil der blive samlet op på de analyseresultater, der er præsenteret i denne rapport. Desuden vil forskellige forhold, der taler både for og imod indførelse af en generel helbredsundersøgelse af nyindsatte blive drøftet. Afslutningsvis vil der blive draget en samlet og endelig konklusion om, hvorvidt en generel helbredsundersøgelse af alle nyindsatte vurderes at kunne optimere den sundhedsmæssige betjening i en sådan grad, at en screeningsordning bør udbredes og permanentgøres i alle fængsler og arresthuse – og i så fald, hvilken faggruppe der bør forestå den.

12.1 Bør Kriminalforsorgen indføre et generelt helbredstjek af alle nyindsatte?

Resultaterne fra rapportens foregående analyser synes at vise en klar tendens: sygdomme og potentielle sygdomme opdages og registreres i signifikant højere grad, når alle indsatte gennemgår en lægelig helbredsundersøgelse ved indsættelsen sammenlignet med en praksis, hvor sundhedspersonale ikke tilser nyttilkomne pr. automatik. Dette gælder også de mere betydende diagnoser, der er klassificeret til 3 og 4 på en alvorlighedsskala gående fra 1-5. På denne baggrund kan gevinsten ved at indføre et lægeligt helbredstjek ved indsættelsen siges at være klar.

Fra en kritisk vinkel kan det imidlertid påpeges, som det blandt andet er gjort i et Cochraine review (Krogsbøll 2012), at dét, at der registreres flere diagnoser, ikke nødvendigvis er et udtryk for, at helbredsundersøgelsen reelt har en effekt. Der kan i stedet være tale om en overdiagnosticering og overbehandling, da en del af de sygdomme og symptomer, der opdages, er harmløse, eller måske aldrig vil udvikle sig til et behandlingskrævende stadie.

I dette projekt er det ikke muligt at påvise den langsigtede effekt af lægens helbredsundersøgelse fx ved at måle en eventuelt forbedret livskvalitet eller reduceret dødelighed, sådan som det ofte anbefales at gøre, når screeningsprogrammer skal vurderes (Krogsbøll 2012 og Kjølner 2007).

Selvom Cochraine reviewet ikke finder nogen effekt på lang sigt ved at indføre generelle helbredstjek, og derfor generelt ikke anbefaler disse, er det sandsynligt, at virkningen af at have syste-

matiske lægeundersøgelser af frihedsberøvede populationer er anderledes, end når de udføres i almenbefolkningen. For det første er helbredstilstanden blandt Kriminalforsorgens klientel generelt dårligere end normalbefolkningens. Det er der flere udenlandske undersøgelser, der viser (Plugge et al 2014 og Fazel og Baillargeon 2011). Der er ikke fundet danske undersøgelser, der sammenligner konkrete sygdomsforekomster hos indsatte med køns- og aldersrelaterede populationer i befolkningen. Det har som nævnt i kapitel 11 været hensigten at foretage denne sammenligning i forbindelse med dette projekt, hvilket dog blev umuliggjort af udefrakommende forhold. Der findes imidlertid flere undersøgelser af socialt udsatte gruppers helbred, der understøtter hypotesen. For eksempel konkluderer en større undersøgelse om sundhed og sygelighed blandt socialt udsatte i Danmark følgende: *"Grupperne af socialt udsatte er på alle sammenlignelige mål for sundhed, sygelighed og trivsel dårligere stillet sammenlignet med den generelle danske befolkning."* (Pedersen et al 2012, p. 11). Desuden viser undersøgelsen den generelle tendens, at jo flere belastende livsomstændigheder, der gør sig gældende for den enkelte, des værre er sundhedstilstanden. Endelig er et interessant og relevant resultat fra nævnte undersøgelse, at de yngre svarpersoner (fra 18-44 år) overordnet set har dårligere helbredstilstand end de ældre svarpersoner (fra 45-80 år) (ibid.). Kriminalforsorgens klientel er både yngre og mere belastet end normalbefolkningen (Clausen 2013), hvorfor deres helbredstilstand altså må forventes at være tilsvarende dårligere.

Det andet, der taler for, at et systematisk helbredstjek blandt indsatte vil give et andet – og formentlig større – udbytte, end når der screenes i befolkningen generelt, er det forhold, at Kriminalforsorgens klienter, når de ikke er frihedsberøvede, i mindre grad benytter sig af både almenpraktiserende læge, speciallæge og tandlæge i samfundet, end befolkningen gør i gennemsnit. Dette er undersøgt i dansk sammenhæng i Klientundersøgelsen 2011 (Clausen 2013).

De indsatte i de danske fængsler og arresthuse har altså generelt et dårligere helbred end almenbefolkningen og modtager i mindre udstrækning relevant udredning og behandling for sygdomstrus-

ler og sygdomme, når de ikke er frihedsberøvet. Behovet for sundhedsomsorg er derfor også tilsvarende større, når de bliver indsat i en af Kriminalforsorgens institutioner og dermed skal omfattes af den omsorgsforpligtelse, som frihedsberøvelsen tilsiger (jf. kapitel 2 samt Direktoratet for Kriminalforsorgen 1998). Dette synes at understrege behovet for en helbreds-screening, der dermed også vil sikre de indsatte samme behandling og forebyggelse af sygdomme, som ikke frihedsberøvede borgere tilbydes og stimuleres til i samfundet i øvrigt (Plugge et al 2014).

På den anden side viser flere undersøgelser både fra Danmark og Belgien dog også (Clausen 2013 og Feron et al 2005), at de indsatte, når de er frihedsberøvet, i modsætning til når de er på fri fod, i høj grad benytter fængselssystemets sundhedsbetjening. Dette kan give en formodning om indsattes accept af en generel helbredsundersøgelse ved indsættelse. Denne rapport dokumenterer, at halvdelen af alle de klienter, der er indgået i projektet, ifølge lægen har haft brug for en eller anden form for lægeligt tiltag (jf. afsnit 10.1, tabel 9). Af registreringerne vedr. kontrolgruppen, som netop afspejler en praksis, der i høj grad baserer sig på, at de indsatte selv henvender sig til sundhedspersonalet, viser det sig, at 56 pct. af kontrolgruppen faktisk har kontakt til fængsels-/arresthuslægen under en given indsættelse (jf. bilag 24). Antalmæssigt stemmer det altså meget godt overens: omkring halvdelen af de indsatte har behov for lægelige tiltag under indsættelsen, og cirka samme antal, endda lidt flere, bliver tilset af en læge i løbet af deres ophold i fængslet/arresthuset.

Det væsentlige spørgsmål er da bare, om det er de 'rigtige' 56 pct., der kommer til lægen. Med andre ord: Når der ikke tilbydes en lægelig helbredsundersøgelse til alle ved indsættelsen, er det så de indsatte, der reelt har behov for at blive yderligere udredt og/eller behandlet, der bliver tilset af en læge? Projektets data tilsiger, at dette med al sandsynlighed ikke er tilfældet. I hvert fald viser analyserne, at selv når en sygeplejerske tilser samtlige indsatte ved indsættelsen og dér konkluderer, om der er behov for lægelige tiltag, bliver en stor del af de indsatte fejlvurderet. I 31 pct. af de tilfælde, hvor lægerne *ikke* mener, at der er behov for lægelige tiltag, henviser sygeplejerskerne dem alligevel til lægen. Og omvendt kommer de indsatte ikke videre til lægen i 30 pct. af alle tilfælde, hvor de burde have været det (jf. afsnit 10.1,

tabel 9). På denne baggrund må det siges at være højst sandsynligt, at en praksis, hvor det primært er den indsatte selv eller andet ikke sundhedsuddannet personale på institutionen, der skal initiere kontakten til lægen, formentlig også vil medføre, at de indsattes sygdomme og helbredstilstand bliver fejlvurderet i relativt høj grad. Dette gælder for så vidt også i forhold til den modtagelsesprocedure, der er iværksat i alle fængsler fra januar 2015, hvor fængselsbetjente og socialrådgivere har fået ansvaret for at foretage den indledende psykiske og somatiske vurdering af de indsattes helbred. Det er ikke sandsynligt, at ikke sundhedsuddannet personale vurderer de indsattes helbred og behov for lægelige tiltag mere korrekt end en sygeplejerske.

Samlet set er der markante forhold, der taler for en ændring af sundhedsbetjeningen til en generel lægelig helbredsundersøgelse af alle nyindsatte. Kriminalforsorgens klientel er præget af betydelige helbredsproblemer, som de ikke får taget hånd om i tilstrækkeligt omfang inden indsættelsen. For mange indsattes vedkommende øges kontakten til sundhedspersoner under afsoningen eller varetægtperioden i Kriminalforsorgens institutioner, men denne undersøgelse peger på, at det stadig langt fra er alle med betydende sygdomme, der bliver registreret og behandlet af en læge under indsættelsen. Såvel vedvarende og smitsomme sygdomme, som livskvalitetsforringede og funktionsnedsættende lidelser bliver opdaget i signifikant mindre grad ved den aktuelle tilrettelæggelse af sundhedsbetjeningen. Det er derfor konklusionen på denne undersøgelse, at en generel lægelig helbredsundersøgelse af alle nyindsatte vurderes at kunne optimere den sundhedsmæssige betjening i en sådan grad, at en screeningsordning bør udvides og permanentgøres i alle fængsler og arresthuse.

Hvorvidt det i projektet anvendte screeningsredskab sætter sygeplejerskerne i stand til at udføre screening af Kriminalforsorgens klienter, har været berørt kort i ovenstående afsnit. Nedenfor skal diskussionen føres videre, og der vil blive fremlagt en endelig anbefaling om hvilken faggruppe, der bør forestå den indledningsvise helbredsundersøgelse af de indsatte.

12.2 Bør sygeplejersker forestå screening i Kriminalforsorgen?

Helbreds-screening er et tiltag over for en tilsyneladende rask population med henblik på en tidlig

identifikation af en helbredstrussel i form af en manifest eller mulig fremtidig sygdom. Formålet med tidlige sygdomsidentifikationer er, hvis det reelt er muligt, enten at øge chancen for helbredelse af sygdom eller at forebygge, at en forhøjet risiko for at sygdom udvikler sig til manifest sygdom. Test til helbredsscreening tilstræber at afgrænse en gruppe med høj sygdomsrisiko fra en gruppe, der med stor sandsynlighed er rask. Helbredsscreening vedrører grundlæggende risikovurderinger, da de ikke kan fortælle, om screenede personer er syge, men alene om personerne er i større eller mindre risiko for at være eller blive syge. En screeningstest kan heller ikke entydigt identificere eller sikkert afgrænse grupperne "syge" og "raske", hvilket medfører, at en del personer fejlagtigt bliver klassificeret enten ved en type I fejl som "syge" (falsk positive) eller ved en type II fejl som "ikke syge" (falsk negative). Der vil ved enhver helbredsscreening altid forekomme falske positive og falske negative fund, da grænsen mellem syg og rask ikke entydigt kan defineres, idet flere af mange mulige karakteristika for de to grupper overlapper hinanden. Hvis man ved screeningen forsøger at få så mange syge som muligt registreret ved at fokusere på karakteristika for sygdom, får man mange raske unødigt klassificeret som syge (falske positive). Hvis man derimod fokuserer på karakteristika for raske fås modsat, at mange syge klassificeres som raske (falske negative).

Hvis en screeningstest finder mange falske positive, vil testen medføre unødige ressourcekrav til yderligere undersøgelser, der i forløbet viser sig ikke at være påkrævede. Omvendt vil mange falske negative fund medføre, at screeningen ikke giver syge personer mulighed for den nødvendige helbredsomsorg. En screeningstests effektivitet beskrives blandt andet ved testens specificitet og sensitivitet. *Specificiteten* er testens evne til at klassificere de raske korrekt, altså hvor stor en procentdel af de raske, der ved screeningen korrekt er fundet raske. Høj specificitet findes med andre ord ved lav falsk positivitet eller lav forekomst af type I fejl. *Sensitiviteten* er testens evne til at klassificere de syge korrekt, altså hvor stor en procentdel af de faktisk syge, der ved screeningen korrekt findes syge. Høj sensitivitet findes derfor ved en lav falsk negativitet eller lav forekomst af type II fejl.

Hvor høj specificiteten og sensitiviteten i en screeningstest bør være afhænger af, hvad der screenes for, og hvad formålet med screeningen er (Sundhedsstyrelsen 2014, Det Ethiske Råd 1999 og Wilson

og Jungner 1968). Derfor er der heller ikke mange, der angiver konkrete niveauer for, hvornår en test anses for effektiv. Statens Institut for Folkesundhed foreslår imidlertid en generel grænse for, hvad en optimal screeningstest bør opnå. Institutet angiver, at specificiteten bør være 95 pct. eller højere, og sensitiviteten 80-90 pct. eller højere (Kjøller 2007). Det betyder, at en optimal helbredsscreeningstest kræver, at screeningen medfører en falsk positivitet på fem pct. eller mindre og en falsk negativitet på 10-20 pct. eller mindre.

På denne baggrund er projektets fund af falsk positivitet/type I fejl på 31 pct. en uacceptabel værdi, da langt flere end de angivne fem pct. fejlagtigt bliver vurderet med behov for lægeligt tilsyn. Også når der ses på sensitiviteten af det anvendte screeningsredskab, må det forkastes. Her opnås i projektet 30 pct. falske negative/type II fejl, hvilket er over det anbefalede niveau på maksimalt 20 pct.

Desuden viser de udførte regressionsanalyser, at oplysningerne fra sygeplejerskernes screeningskema kun i meget ringe grad kan forudsige, om der træffes en rigtig eller forkert beslutning vedr. den indsatte behov for at blive set af en læge. Dette tyder på, at sygeplejerskernes konklusion afhænger af nogle forhold, der ikke kan udredes af det i projektet anvendte screeningskema.

Resultaterne medfører, at det må konkluderes, at det redskab, som sygeplejerskerne har anvendt til screeningsamtalen i projektet, ikke bør anvendes i praksis. Redskabet er behæftet med betydelige og ikke acceptable usikkerheder, der ikke umiddelbart kan imødekommes. Samlet kan det derfor *ikke* anbefales, at sygeplejerskescreeningen, som den har været udført i projektet, permanentgøres og udbredes til alle Kriminalforsorgens institutioner.

12.2.1 Kan en screening af Kriminalforsorgens indsatte nogensinde blive pålidelig?

I det aktuelle projekt vurderes rigtigheden af sygeplejerskers screening af nyindsatte i forhold til en lægelig vurdering af samme gruppe indsatte. Lægernes vurderinger er i denne relation opstillet som den sande reference. Reelt kan lægerne dog også tage fejl i deres vurderinger af de nyindsatte. Dette forhold er undersøgt og beskrevet i en artikel i Månedsskrift for praktisk lægegerning fra 2005 (Schroll 2005). Undersøgelsen viser, at der findes variationer, når alment praktiserende læger

skal vurdere samme sygdomshistorier og angive relevante ICPC-2-diagnoser. Det gælder både intravariation, altså at samme læge vurderer samme sygehistorie forskelligt over tid, og intervariation, hvilket vil sige, at forskellige læger diagnosticerer samme forhold forskelligt.

Konkret finder studiet 25 pct. intravariation på enkelt-diagnoseniveau, når de 33 læger i undersøgelsen har foretaget en diagnostisk vurdering af de samme ti sygehistorier med fire måneders mellemrum. Desuden findes der intervariation i 29 pct. af lægernes diagnosevalg, når forskellige læger vurderer de samme sygehistorier. Her er der også tale om enkelt-diagnoser. Når diagnoserne grupperes, mindskes intervariationen til mellem 6 og 16 pct. afhængig af metoden for gruppering (ibid.).

Det må antages, at forskelligheden i lægernes vurdering alt andet lige er mindre, når der er tale om en samlet vurdering af, om der skal lægelige tiltag til eller ej, end når valget står mellem knap 700 forskellige diagnosekoder. Dog kan det ikke udelukkes, at der også kan forekomme variationer i lægernes vurderinger med hensyn til indsattes behov for tilsyn ved læge, hvilket i så fald vil påvirke antallet af indsatte, der på baggrund af sygeplejerskernes konklusion klassificeres som falske positive og falske negative. I projektet findes der et konkret eksempel, der understøtter denne antagelse, idet en af lægerne, som nævnt i afsnit 10.3.1, vurderer en markant lavere andel indsatte til at have behov for lægeligt tilsyn sammenlignet med de tre øvrige læger i projektet. En forskel der umiddelbart ikke lader sig forklare af forskelle i klientellet, men i høj grad synes at være afstedkommet af divergens mellem lægernes faglige betragtninger.

Da der i dette projekt ikke har været flere læger til at vurdere samme indsattes helbred, er det ikke muligt at få et konkret mål for, hvor stor intervariation, der er i lægernes konklusion. Ligeledes ville det kræve et langt mere stringent setup for genvurdering af samme indsattes helbred, hvis der skulle skabes et mål for intravariationen. Dette undersøgelsesdesign er derfor ikke anvendeligt til at vurdere størrelsen af eventuelle målefejl i lægernes vurderinger – hvorfor den andel af falsk positive og falsk negative, der findes i projektet, heller ikke kan revurderes.

Anbefalingen om at lade lægerne foretage den generelle helbredsundersøgelse af nyindsatte

fastholdes derfor. Det skal dog samtidig påpeges, at det fejlniveau, der er registreret i projektet, ikke nødvendigvis kun skal tolkes som fejl i sygeplejerskernes vurderinger, men i en eller anden udstrækning også skyldes, at heller ikke lægevidenskaben er en eksakt videnskab. Det kan derfor ikke forventes, at der nogensinde vil kunne opnås et fejlfrit screeningsystem eller fuldt dækkende viden om, for hvem eller under hvilke omstændigheder et screeningsredskab fungerer. Det ville kræve, at der altid kun findes én sand konklusion, om hver enkelt indsattes helbred. I dette projekt er det registrerede antal type I og type II fejl vurderet i forhold til de grænseværdier, som Statens Institut for Folkesundhed har foreslået. Hvorvidt disse niveauer er de rigtige at arbejde med i forhold til en generel helbredsscreening af Kriminalforsorgens indsatte, kan imidlertid diskuteres – og afhængigt af, hvad resultatet af diskussionen bliver, vil også svaret på, hvorvidt der nogensinde kan opnås en pålidelig screening af Kriminalforsorgens indsatte variere.

12.3 Opsummering og anbefalinger til det videre arbejde

Af de foregående afsnit kan det læses, at det at indføre en generel helbredsundersøgelse ved indsættelsen vurderes at have en så markant positiv betydning, at det anbefales indført i Kriminalforsorgens fængsler og arresthuse. Det har været undersøgt om en sygeplejerske ved hjælp af et til projektet udviklet redskab sættes i stand til at screene den indsatte. Screeningen havde ikke til formål at diagnosticere klienten men blot at vurdere, om den indsatte har behov for lægelige tiltag. Det konkluderes, at redskabet ikke er tilstrækkeligt sikkert til, at det anbefales at lade sygeplejerskerne anvende det i praksis. Både andelen af falsk positive og falsk negative vurderes at være for høj. Det påpeges, at lægernes konklusion også kan indeholde usikkerheder, der eventuelt ville kunne minimere antallet af fejl i sygeplejerskernes vurdering. Formodningen er dog ikke tilstrækkelig sikker til, at de andele af falsk positive og falsk negative, der findes i projektet, når sygeplejerskerne screener de indsatte, kan revurderes.

Projektets fund medfører derfor dels den anbefaling, at personer, der indsættes i Kriminalforsorgens fængsler og arresthuse, bør tilbydes en generel helbredsundersøgelse, og dels at denne bør foretages af en læge frem for en sygeplejerske eller øvrigt personale, der ikke er sundhedsuddannet.

Det væsentligste formål er at finde den model, der forventeligt skaber den bedst mulige sundhedsbetjening i Kriminalforsorgens fængsler og arresthuse. Men som det anbefales fra flere sider (jf. afsnit 3.1.1), bør det også forud for indførelse af en screeningsordning vurderes, om omkostningerne ved den tiltænkte model står mål med de gevinster,

der opnås ved screeningen. Det anbefales derfor supplerende, at der nedsættes en arbejdsgruppe, der i første omgang kan beregne omkostningerne ved at indføre en lægelig helbredsundersøgelse af alle nyindsatte i Kriminalforsorgens fængsler og arresthuse.

Litteraturliste

Rapporter og artikler

- Adamsen, M. L. 2013: *Screeningsprojektet for psykisk sygdom*, Direktoratet for Kriminalforsorgen
- Adriaensen, W. J., Matheï C., Buntinx, F., J. og Arbyn, M. 2013: A framework provided an outline toward the proper evaluation of potential screening strategies, *Journal of Clinical Epidemiology*, Volume 66, Issue 6, pp 639–647
- Andersen, L. B., Hansen, K. M. og Klemmensen, R. 2010 (red.): *Metoder i statskundskab*, Hans Reitzels Forlag
- Clausen, S. 2013: *Klientundersøgelsen 2011*, Direktoratet for Kriminalforsorgen
- CPT 2008: *Report to the Government of Denmark on the visit to Denmark carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 11 to 20 February 2008*
- DAK-E 2010: *ICPC-2-DK – hvordan?*, Dansk Almenmedicinsk KvalitetsEnhed og Dansk Selskab for Almen Medicin
- Dans, L. F., Silvestre, M. A. og Dans, A. L. 2011a: *Trade-off between benefit and harm is crucial in health screening recommendations. Part I: General principles*, *Journal of Clinical Epidemiology*, Volume 64, Issue 3, pp 231-239
- Dans, L. F., Silvestre, M. A. og Dans, A. L. 2011b: *Trade-off between benefit and harm is crucial in health screening recommendations. Part II: Evidence summaries*, *Journal of Clinical Epidemiology*, Volume 64, Issue 3, pp 240–249
- Det Etske Råd 1999: *Screening – en redegørelse*, Det Etske Råd
- Direktoratet for Kriminalforsorgen 1998: *Kriminalforsorgens Principprogram*, Direktoratet for Kriminalforsorgen
- Ekholm, O., Kjøller, M., Davidsen, M., Hesse, U., Eriksen, L., Christensen, A. I., og Grønæk, M. 2007: *Sundhed og sygelighed i Danmark & udviklingen siden 1987*, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet
- Europarådets ministerkomité 2006: *Ministerkomiteens rekommandation Rec(2006)2 til medlemsstaterne om De Europæiske Fængselsregler*
- Feron, J. M., Paulus, D., Tonglet, R., Lorant, V. og Pestiaux, D. 2005: *Substantial use of primary health care by prisoners: epidemiological description and possible explanations*, *Journal of Epidemiology & Community Health*, Vol. 59, pp 651-655
- Gray, J. A. M. 2004: *New concepts in screening*, *British Journal of General Practice*, 54 (501), pp 292-298
- Holmberg, T., Ahlmark, N. og Curtis, T. 2009: *“State of the art report” Etniske minoriteters sundhed i Danmark*, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet
- Justitsministeriet 1988: *Sundhedstjenesten i Kriminalforsorgen – indstilling afgivet af det af Justitsministeriet den 29. marts 1985 nedsatte udvalg vedrørende den sundhedsmæssige behandling af kriminalforsorgens klientel*, Justitsministeriet, Direktoratet for Kriminalforsorgen
- Kjøller, M., Juel, K. og Kamper-Jørgensen, F. (red.) 2007: *Folkesundhedsrapporten Danmark 2007*, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet
- Kramp, Peter et al 2003: *Rusmiddelundersøgelsen – misbrug blandt kriminalforsorgens klientel*, Justitsministeriet, Direktoratet for Kriminalforsorgen
- Kriminalforsorgen 2014: *Modtagelsesprocedure i fængslerne*. Vejledning og spørgeguide, version 2.0. november 2014 (gældende pr. 20.02.2015)
- Krogsbøll, L. T., Jørgensen, K. J., Larsen, C. G. og Gøtzsche, P. C. 2012: *General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis*, *British Medical Journal* 345:e7191

- Olsen, J. 2014: *Epidemiologiske metoder til vurdering af screeningsprogrammer*, artikel i Ugeskrift for læger nr. 176/12 pp 130-132
- Pedersen, P.V., Holst, M., Davidsen, M. og Juel, K. 2012: *SUSY Udsat 2012 – Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark 2012 og udviklingen siden 2007*, Statens Institut for Folkesundhed og Rådet for Socialt Udsatte
- Plugge, E., Martin, R. M. og Hayton, P. 2014: *Non-communicable diseases (NCD) and prisoners*, Prisons and Health, WHO 2014, pp 81-86
- Rasmussen, N. K. og Ekholm, O. 2003: *Betydningen af forældres sociale status for voksnes helbredstilstand*, Statens Institut for Folkesundhed, SFI
- Rasmussen, S. R., Thomsen, J. L., Kilsmark, J., Hvenegaard, A., Engberg, M., Lauritzen, T. og Søgaard, J. 2007: *Preventive health screenings and health consultations in primary care increase life expectancy without increasing costs*, Scandinavian Journal of Public Health, vol. 35, 4, pp 365-372
- Rieder, JP., Casillas, A., Mary, G., Secretan, AD., Gaspoz, JM. og Wolff, H. 2013: *Health care in small prisons: incorporating high-quality standards*, International Journal of Prisoner Health, Vol. 9 Iss: 1, pp 20 – 30
- Rubin, D. B. 2005: *Causal inference using potential outcomes: Design, modeling, decisions*, Journal of the American Statistical Association, volume 100, issue 469, pp 322-331
- Salize, H. J., Dreßing, H. og Kief, C. 2007: *Mentally Disordered Persons in European Prison Systems. Needs, Programmes and Outcome (EUPRIS)*, Final Report. Germany.
- Schaenman, P.S., Davies, E., Jordan, R. og Chakraborty, R. 2013: *Opportunities for Cost Savings in Corrections without Sacrificing Service Quality: Inmate Health Care*, Urban Institute Publications
- Schläger, D., Rasmussen, N. K. og Kjølner, M. 2005: *Sundhedsforhold blandt etniske minoriteter – en litteraturgennemgang*, Statens Institut for Folkesundhed, København
- Schroll, H. 2005: *Forskelle i praktiserende lægers anvendelse af ICPC-diagnoser*, Månedsskrift for Praktisk Lægegering Nr. 3, Årgang 83, pp 313-320
- Seena Fazel, S. og Baillargeon, J. 2011: *The health of prisoners*, The Lancet, Vol. 377, No. 9769, pp 956–965
- Sundhedsstyrelsen 2010: *Mænds sundhed – en oversigt over mænds sundhedstilstand og en gennemgang af effektive forebyggelsesmetoder*, Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse
- Sundhedsstyrelsen 2014: *Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedrørende nationale screeningsprogrammer*, Sundhedsstyrelsen
- Wilson, J. M. G. og Jungner, G. 1968: *Principles and practice of screening for disease*, World Health Organization, WHO, Geneva
- Wood C. 2011: *Screening explained: what every nurse should know*, British journal of nursing, 20(12), pp 733-736

Lovstof

- Bekendtgørelse nr. 3 af 02/01/2013 (Journalføringsbekendtgørelsen)
- Bekendtgørelse nr. 23 af 09/01/2007 om begrænsning i adgang til ydelser efter sundhedsloven for visse persongrupper (Hvilende ret til ydelser efter lovens afsnit V og X)
- Bekendtgørelse nr. 374 af 17/05/2001 om sundhedsmæssig bistand til indsatte i kriminalforsorgens institutioner (Sundhedsbekendtgørelsen)
- Cirkulære nr. 174 af 20/09/1978 (Cirkulære om lægeundersøgelse ved indsættelse i kriminalforsorgens anstalter og arresthusene)
- Lovbekendtgørelse nr. 435 af 15/05/2012 (Straf-fuldbyrdsloven)
- Lovbekendtgørelse nr. 877 af 04/08/2011 (Autorisationsloven)
- Lovbekendtgørelse nr. 1139 af 24/09/2013 om rettens pleje (Retsplejeloven)
- Lovbekendtgørelse nr. 1202 af 14/11/2014 (Bekendtgørelse af sundhedsloven)



Bilagsfortegnelse

Supplerende til kapitel 4 om projektets gennemførelse

Bilag 1

Registreringsskema 1. Konklusion på screeningssamtale sygeplejerske

Konklusion på baggrund af screeningssamtale (sygeplejerske) Papirspørgeskema til manuel udfyldelse

Skemaet udfyldes for alle indsatte, sygeplejersken har taget kontakt til med henblik på deltagelse og som jf. inklusionskriterierne burde deltage i undersøgelsen – uanset om pågældende deltager i screeningssamtalen eller ej.

Giver indsatte ikke informeret samtykke til deltagelse, eller udgår vedkommende af anden årsag, udfyldes kun stamdataoplysningerne og årsagen til bortfaldet registreres i det relevante felt.

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.

Har du spørgsmål til skemaet, kan du kontakte Natalia Bien i Direktoratets Straffuldbyrdelseskontor på mail [...] eller telefon [...].

Spørgsmål 2. Skemaet er udfyldt af (angiv venligst dit eget bruger-ID med institutionskode og initialer, fx 101abc)

Bruger-ID

Spørgsmål 3. Tjenestested

Kun ét svar

- Arresthuset i Slagelse
- Arresthuset i Århus
- Statsfængslet på Søbysøgård
- Statsfængslet Østjylland

I det følgende bedes du angive en række stamdataoplysninger om den indsatte

Spørgsmål 5. Indsattes CPR-nummer

CPR-nummer (ddm-åå-xyzw)

Spørgsmål 6. Indsattes køn (udfyldes kun for indsatte uden dansk CPR-nummer)

Kun ét svar

- Mand
- Kvinde

Spørgsmål 7. Hvor er vedkommende indsat fra?

Kun ét svar

- Indsatte er indsat fra fri fod
- Indsatte er overført fra anden institution i Kriminalforsorgen
- Indsatte er overført fra et hospital
- Andet (beskriv): _____

Spørgsmål 8. Indsættelsesdato og tidspunkt (aktuelle institution)

Dato (ddmmåå-xyzw)

Spørgsmål 9. Hvad er indsattes aktuelle status?

Kun ét svar

- Varetægtsarrestant (Gå til spørgsmål 11)
- Afsoner
- Ved ikke (Gå til spørgsmål 11)

Spørgsmål 10. Hvilken hovedkriminalitet er indsatte dømt for?

Kun ét svar

- Drab (forsætligt)
- Vold i øvrigt (forsætligt)
- Anden personfarlig kriminalitet
- Ildspåsættelse
- Voldtægt/voldtægtsforsøg
- Anden sædelighedskriminalitet samt incest
- Hærværk
- Grov narkotikakriminalitet
- Lov om euforiserende stoffer
- Røveri
- Tyveri og hittegods, hæleri samt brugstyveri
- Færdselslovovertrædelser
- Uoplyst
- Andet (beskriv): _____

Spørgsmål 11. Deltager indsatte i screeningssamtalen med sygeplejersken? (Hvis der svares nej til dette spørgsmål, udgår den indsatte af undersøgelsen efter angivelse af årsag til frafald på næste side)

Kun ét svar

- Ja (Gå til spørgsmål 14)
- Nej



Spørgsmål 12. Hvorfor deltager indsatte ikke i screeningsamtalen med sygeplejersken?

Gerne flere svar

- Indsatte gav ikke informeret samtykke til deltagelse
- Indsattes forældre gav ikke informeret samtykke til deltagelse
- Indsatte blev løsladt/prøveløsladt, inden screeningsamtalen blev afholdt
- Indsatte blev overført til anden institution, inden screeningsamtalen blev afholdt
- Indsatte blev indlagt på et hospital pga. sin somatiske helbredstilstand, inden at screeningsamtalen blev afholdt
- Jeg vurderer, at årsagen til indsattes manglende deltagelse i screeningsamtalen (også) skal findes i vedkommendes helbredsmæssige forhold (som fx indsattes frygt for at være syg, ønske om at skjule misbrugsrelateret sygdom eller lign.)
- Andet (beskriv): _____

Deltager indsatte ikke i screeningsamtalen, er skemaet hermed færdigudfyldt.

I det følgende bedes du angive oplysninger om eventuelt tidligere stillede diagnoser og behandlingssteder

Spørgsmål 14. Angiv eventuelle oplysninger om tidligere stillede diagnoser (fra foreliggende viden inkl. patientjournalmateriale og/eller indsattes egne oplysninger)

Gerne flere linjer

Spørgsmål 15. Angiv eventuelle oplysninger om tidligere behandlingssteder

Gerne flere linjer

I det følgende bedes du besvare en række spørgsmål vedr. den indsatte aktuelle somatiske helbred

Spørgsmål 17. Hvad er indsatte BMI (body mass index)? BMI udregnes ved vægt (kg) / højde² (m)

Indsatte højde (m)

Indsatte vægt (kg)

Indsatte BMI

Spørgsmål 18. Hvad er indsatte blodtryk?

Blodtryk

Spørgsmål 19. Har indsatte efter indsættelse og/eller de seneste tre måneder forud for denne indtaget lægeordineret medicin, dvs. medicin, der er benyttet efter en læges anvisning?

Kun ét svar

- Ja
- Nej
- Uoplyst

Spørgsmål 20. Lider indsatte af en eller flere vedvarende (kroniske) lidelser? Det kan fx dreje sig om sukkersyge, astma, rygerlunger, hjertesygdomme, tarmsygdomme, leversygdomme, hormonsygdomme m.m.

Kun ét svar

- Ja
- Nej
- Uoplyst

Spørgsmål 21. Har indsatte overfølsomhedsgener, som fx astma eller udbredt udslet på huden, der er betinget af overfølsomhed overfor medicin, pollen eller andet?

Kun ét svar

- Ja
- Nej
- Uoplyst



Spørgsmål 22. Har indsatte indtaget misbrugsstoffer eller afhængighedsskabende medicin efter indsættelsen og/eller de seneste tre måneder før denne?

Kun ét svar

- Ja
- Nej (Gå til spørgsmål 25)
- Uoplyst (Gå til spørgsmål 25)

Spørgsmål 23. Angiv så vidt muligt navn på misbrugsstoffet, den afhængighedsskabende medicin samt om muligt dosis

Gerne flere linjer

Spørgsmål 24. Har indsatte haft abstinensgener i forbindelse med ophør af ovennævnte indtagelse?

Kun ét svar

- Ja
- Nej
- Uoplyst

Spørgsmål 25. Har indsatte indtaget alkohol dagligt efter indsættelsen og/eller de seneste tre måneder før denne?

Kun ét svar

- Ja
- Nej (Gå til spørgsmål 28)
- Uoplyst (Gå til spørgsmål 28)

Spørgsmål 26. Angiv så vidt muligt, hvor mange genstande, der blev indtaget dagligt

Gerne flere linjer

Spørgsmål 27. Har indsatte haft abstinensgener i forbindelse med ophør af ovennævnte alkoholindtagelse?

Kun ét svar

- Ja
- Nej
- Uoplyst

Spørgsmål 28. Har indsatte tidligere eller aktuelle betydende betændelsessygdomme? Betændelserne kan være lokaliseret i flere regioner, i lever, i blodceller (HIV), AIDS m.m.

Kun ét svar

- Ja
- Nej (Gå til spørgsmål 30)
- Uoplyst (Gå til spørgsmål 30)

Spørgsmål 29. Har indsatte gener relateret til de tidligere eller aktuelle betydende betændelsessygdomme? Generne kan fx være svækkelse, invalidering, smerter, udslet eller udflåd

Kun ét svar

- Ja
- Nej
- Uoplyst

Spørgsmål 30. Har indsatte gener fra:

Kun ét svar i hver linje

Tænder, mund, svælg, spiserør, mave, tarme, endetarm, lever eller bugspytkirtel? (fx smerter, sår, synkebesvær, opkastninger, løse afføringer, forstoppelse eller udflåd)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lunger, hjerte eller kredsløb? (fx åndenød, ophost, smerter eller væskeansamlinger)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nyrer, urinblære eller kønsorganer? (fx smerter bl.a. ved vandladning, vandladningsbesvær inkl. inkontinens, udflåd, sår, udslet på hud og slimhinder, knuder i bryst eller testikler)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bevægeapparat, led, knogler eller muskler? (fx smerter, indskrænkning i bevægelser, funktionsinvalidering vedr. stillingsændringer, gang eller brug af hænder)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tidligere skader? (fx smerter, indskrænkning i bevægelser, funktionsinvalidering vedr. stillingsændringer, gang eller brug af hænder)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervesystem? (fx svimmelhed, hovedpine, lammelser, styringsbesvær af arme og ben, rystelser og andre ufri-villige bevægelser, kramper eller epileptiske anfald)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Øjne eller ører? (fx smerter, nedsat syn eller hørelse, betændelse eller udflåd)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hud, hår eller negle? (fx udslet, hårtab eller betændelse ved fortykkede negle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Andet (beskriv):

Spørgsmål 31. På baggrund af samtalen og den tilgængelige information hvilken kategori skønner du er omfattende for indsattes helbredstilstand?

Kun ét svar

- Indsatte har ingen somatiske sygdomme, der kræver, at vedkommende ses af læge
- Indsatte har somatisk sygdom, der kræver, at vedkommende ses af læge
- Indsatte har somatisk sygdom, der kræver, at vedkommende ses akut af læge

Spørgsmål 32. Har du forud for din konklusion modtaget oplysninger om indsattes somatiske helbredstilstand fra institutionens læge?

Kun ét svar

- Ja
- Nej

Spørgsmål 33. Angiv bemærkninger til indsattes patientjournal.

Hvis indsatte har haft kontakt til sundhedspersonale forud for screeningssamtalen, angiv da venligst også hvilket sundhedspersonale, der havde kontakt til den indsatte (fx institutionens egen sygeplejerske, institutionens egen læge, anden læge, specialist, hospital eller andet). Hvis en læge var involveret, noter da desuden om der var tale om akut lægelige tiltag.

Gerne flere linjer

Spørgsmål 34. Blev der anvendt tolk til screeningssamtalen? (fx en ekstern tolk, en medindsat, en personale på institutionen eller lign.)

Kun ét svar

- Ja
- Nej

Spørgsmål 35. Dato og tidspunkt for, hvornår du modtog informeret samtykke til deltagelse fra indsatte/forældremyndighedsindehaveren

Dato og tidspunkt (DD-mm-åååå TT:mm:ss)

Spørgsmål 36. Dato og tidspunkt for afholdelse af aktuelle screeningssamtale

Dato og tidspunkt (DD-mm-åååå TT:mm:ss)

Bilag 2

Registreringsskema 2. Konklusion konsultation – læge

Konklusion på projektkonsultation (læge) Papirspørgeskema til manuel udfyldelse

Skemaet udfyldes på alle indsatte, der har været tilset af projektsygeplejersken - uanset dennes vurdering af indsattes helbredstilstand og uagtet om lægens projektkonsultation er blevet gennemført eller ej.

Er der ikke blevet gennemført konsultation, eksempelvis grundet manglende samtykke fra den indsatte, udfyldes baggrundsoplysningerne, og årsagen til bortfaldet registreres i det relevante felt.

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.

Har du spørgsmål til skemaet, kan du kontakte Natalia Bien i Direktoratets Straffuldbyrddelseskontor på mail [...] eller telefon [...].

Spørgsmål 2. Skemaet er udfyldt af

Navn

Spørgsmål 3. Tjenestested

Kun ét svar

- Arresthuset i Slagelse
- Arresthuset i Århus
- Statsfængslet på Søbysøgård
- Statsfængslet Østjylland

Spørgsmål 4. Indsattes CPR-nummer

CPR-nummer (ddmmåå-xyzw)

Spørgsmål 5. Indsattes køn (udfyldes kun for indsatte uden dansk CPR-nummer)

Kun ét svar

- Mand
- Kvinde

Spørgsmål 6. Indsættelsesdato (aktuelle institution)

Dato (dd-mm-åååå)

Spørgsmål 7. Er konsultationen blevet gennemført?

Kun ét svar

- Ja (Gå til spørgsmål 9)
- Nej



Spørgsmål 8. Angiv årsagen til, at konsultationen ikke blev gennemført

Gerne flere svar

- Indsatte trak sit samtykke til deltagelse tilbage (Gå til spørgsmål 20)
- Indsattes forældre trak samtykket til indsattes deltagelse tilbage (Gå til spørgsmål 20)
- Indsatte blev (prøve)løsladt eller overført til anden institution (Gå til spørgsmål 20)
- Jeg vurderer, at årsagen til indsattes manglende deltagelse i konsultationen (også) skal findes i vedkommendes helbredsmæssige forhold (som fx indsattes frygt for at være syg, ønske om at skjule misbrugsrelateret sygdom eller lign.) (Gå til spørgsmål 20)
- Anden årsag (beskriv): _____

(Gå til spørgsmål 20)

Vurdering af indsattes somatiske helbredstilstand

Spørgsmål 10. Angiv eventuelle oplysninger om tidligere stillede diagnoser (fra foreliggende viden inkl. patientjournalmateriale og/eller indsattes egne oplysninger)

Gerne flere linjer

Spørgsmål 11. Er der ved den aktuelle konsultation fundet tegn på vold på indsatte?

Kun ét svar

- Ja
- Nej (Gå til spørgsmål 13)

Spørgsmål 12. Beskriv hvilke tegn på vold, der er fundet

Gerne flere linjer

Spørgsmål 13. Hvad er indsattes blodtryk?

Blodtryk:

Spørgsmål 14. På baggrund af konsultationen hvilken kategori skønner du er omfattende for indsattes somatiske helbredstilstand? (Hvis flere kategorier vurderes relevante, angiv da den mest alvorlige)

Kun ét svar

- Indsatte har ingen betydende eller vedvarende somatiske sygdomme (Gå til spørgsmål 16)
- Indsatte har livskvalitetsforringende/funktionsnedsættende somatisk sygdom
- Indsatte har livstruende somatisk sygdom på skønnet kort sigt (<3 mdr.)

Spørgsmål 15. Hvilke forhold lægger du til grund for din vurdering af indsattes somatiske helbredstilstand?

Gerne flere svar

- Indsatte er påfaldende undervægtig eller påfaldende overvægtig
- Indsattes blodtryk er forhøjet
- Indsatte har efter indsættelse og/eller de seneste tre måneder forud for denne indtaget lægeordineret medicin
- Indsatte lider af en eller flere kroniske lidelser
- Indsatte har betydende overfølsomhedsgener, som fx astma eller udbredt udslæt på huden, der er betinget af overfølsomhed overfor medicin, pollen eller andet
- Indsatte har indtaget misbrugsstoffer eller afhængighedsskabende medicin efter indsættelsen og/eller de seneste tre måneder forud for denne med deraf følgende somatiske komplikationer
- Indsatte har haft fysiske abstinensgener ved ophør af ovennævnte indtagelse
- Indsatte har indtaget alkohol efter indsættelsen og/eller de seneste tre måneder forud denne med deraf følgende somatiske komplikationer
- Indsatte har haft fysiske abstinensgener ved ophør af ovennævnte indtagelse
- Indsatte har tidligere eller aktuelle betydende betændelsessygdomme
- Indsatte har gener fra tænder, mund, svælg, spiserør, mave, tarme, endetarm, lever eller bugspytkirtel
- Indsatte har gener fra lunger, hjerte eller kredsløb
- Indsatte har gener fra nyrer, urinblære eller kønsorganer
- Indsatte har gener fra bevægeapparat, led, knogler eller muskler
- Indsatte har gener fra tidligere skader
- Indsatte har gener fra nervesystem
- Indsatte har gener fra øjne eller ører
- Indsatte har udbredt lidelse på baggrund af gener fra hud, hår eller negle
- Andet (beskriv): _____

Spørgsmål 16. Kræver indsattes somatiske helbredstilstand yderligere lægelige tiltag (dvs. yderligere udredning og/eller behandling)?

Gerne flere svar

- Ja, der kræves akut lægelige tiltag
- Ja, der kræves lægelige tiltag under indsættelsen, men ikke akut
- Ja, der kræves lægelige tiltag, men det kan udsættes til efter løsladelsen uden betydende helbredsforringelse til følge
- Nej, indsattes somatiske helbredstilstand kræver ikke yderligere lægelige tiltag
- Andet (beskriv): _____



Spørgsmål 17. Angiv eventuelle tentative diagnoser – notér også de relevante ICPC-2-DK koder

Gerne flere linjer

Spørgsmål 18. Angiv dato og tidspunkt for, hvornår konsultationen blev gennemført

Dato og tidspunkt (DD-mm-åååå TT:mm:ss)

Spørgsmål 19. Blev der anvendt tolk til konsultationen? (fx en ekstern tolk, en medindsat, en personale på institutionen eller lign.)

Kun ét svar

- Ja
- Nej

Spørgsmål 20. Eventuelle supplerende bemærkninger – du bedes notere her, såfremt der forud for din projektkonsultation har været iværksat akut lægelige tiltag

Gerne flere linjer

Bilag 3

Registreringsskema 3. Konklusion 3 mdr. efter konsultation – læge

Konklusion vedr. indsattes helbredstilstand 3 mdr. efter afholdt projektkonsultation (læge) Papirspørgeskema til manuel udfyldelse

Skemaet udfyldes på alle indsatte 3 måneder efter den dato, hvor der blev afholdt lægelig projektkonsultation – uanset om der efter denne konsultation er blevet foretaget yderligere udredning hos speciallæge/hospital el. lign., og uanset om en eventuel yderligere udredning fortsat er i gang eller er afsluttet. Kun i tilfælde hvor der ikke blev afholdt konsultation, skal der ikke udfyldes et skema.

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

Har du spørgsmål til skemaet, kan du kontakte Natalia Bien i Direktoratets Straffuldbyrdelseskontor på mail [...] eller telefon [...].

Spørgsmål 2. Skemaet er udfyldt af

Navn

Spørgsmål 3. Tjenestested

Kun ét svar

- Arresthuset i Slagelse
- Arresthuset i Århus
- Statsfængslet på Søbysøgård
- Statsfængslet Østjylland

Spørgsmål 4. Indsattes CPR-nummer

CPR-nummer (ddmmåå-xyzw)

Spørgsmål 5. Dato for afholdelse af projektkonsultation

Dato (dd-mm-åååå)

Spørgsmål 6. Dato for udfyldelse af aktuelle skema (skal være 3 måneder efter datoen for afholdelse af projektkonsultation)

Dato (dd-mm-åååå)



Spørgsmål 7. Har der siden første konsultation været iværksat lægelige tiltag i relation til indsattes somatiske helbredstilstand? (dvs. yderligere udredning og/eller behandling)?

Gerne flere svar

- Ja, der har været iværksat akut lægelige tiltag
- Ja, der har været iværksat lægelige tiltag, men ikke akut
- Nej, de lægelige tiltag, der kræves, udsættes til efter løsladelsen uden betydende helbredsforringelse til følge (Gå til spørgsmål 10)
- Nej, indsattes somatiske helbredstilstand kræver ingen yderligere lægelige tiltag hverken under eller efter indsættelsen (Gå til spørgsmål 10)
- Andet (beskriv): _____

Spørgsmål 8. Er der siden første konsultation foretaget yderligere diagnostisk udredning af den indsatte?

Kun ét svar

- Ja, og udredningen er fortsat igang
- Ja, og udredningen er blevet gennemført tilfredsstillende
- Ja, men udredningen blev afbrudt før tid efter indsatte eget ønske
- Ja, men udredningen blev afbrudt før tid, fordi indsatte blev (prøve)løsladt eller overført til anden institution
- Nej, der har ikke været foretaget yderligere udredning, da det ikke blev vurderet relevant (Gå til spørgsmål 10)
- Andet (beskriv): _____

Spørgsmål 9. Hvem har bidraget til den yderligere diagnostiske udredning?

Gerne flere svar

- Institutionens stedligt ansvarlige læge
- Speciallæge udenfor institutionen
- Hospital
- Andet (beskriv): _____

Spørgsmål 10. På baggrund af de eventuelt yderligere fremkomne oplysninger vedr. indsatte somatiske helbredstilstand, hvilken kategori skønner du aktuelt er omfattende for pågældende? (Hvis flere kategorier vurderes relevante, angiv da den mest alvorlige)

Kun ét svar

- Indsatte har ingen betydende eller vedvarende somatiske sygdomme
- Indsatte har livskvalitetsforringende/funktionsnedsættende somatisk sygdom
- Indsatte har livstruende somatisk sygdom på skønnet kort sigt (<3mdr.)

Spørgsmål 11. Angiv alle aktuelt kendte diagnoser for den indsatte - notér også de relevante ICD-10-koder

Gerne flere linjer

Spørgsmål 12. Eventuelle supplerende bemærkninger

Gerne flere linjer

Bilag 4

Registreringsskema 4. Oplysninger vedr. kontrolgruppen

Skema vedr. kontrolgruppen (læge) Papirspørgeskema til manuel udfyldelse

I dette skema skal der registreres oplysninger om den sundhedsmæssige behandling af de indsatte, der indgår i kontrolgruppen.

Der skal udfyldes et skema på alle de indsatte, der fremgår af den liste, som projektgruppen i DFK har fremsendt – uanset om der foreligger sundhedsfaglige oplysninger på vedkommende eller ej. Findes der ingen patientjournal på den indsatte, markeres dette blot i det relevante felt i skemaet.

Der bliver flere steder i skemaet refereret til "den relevante indsættelse". Startdatoen for denne findes på den liste, som projektgruppen i DFK har fremsendt.

Bemærk at kun oplysninger fra patientjournalmaterialet, som er dateret tidligere end 15. februar 2012 må lægges til grund for registreringerne i dette skema.

Husk, 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.

Har du spørgsmål til skemaet, kan du kontakte Natalia Bien i Direktoratets Straffuldbyrdelseskontor på mail [...] eller telefon [...].

Spørgsmål 2. Skemaet er udfyldt af

Navn

Spørgsmål 3. Tjenestested

Kun ét svar

- Arresthuset i Slagelse
- Arresthuset i Århus
- Statsfængslet på Søbysøgård
- Statsfængslet Østjylland

Spørgsmål 4. Indsattes CPR-nummer

CPR-nummer (ddmmåå-xyzw)



Spørgsmål 5. Indsættelsesdato aktuelle institution (se datoen på listen fra projektgruppen i DFK)

Dato (dd-mm-åååå)

Spørgsmål 6. Foreligger der patientjournal på den indsatte?

Kun ét svar

- Ja, og den indeholder sundhedsfaglige oplysninger om den indsatte
- Ja, men den indeholder ingen sundhedsfaglige oplysninger om den indsatte (Gå til spørgsmål 13)
- Nej, der foreligger ingen patientjournal på den indsatte (Gå til spørgsmål 13)

Spørgsmål 7. Indeholder patientjournalen notater fra den relevante indsættelse (se dato på fremsendte liste fra projektgruppen)?

Kun ét svar

- Ja
- Nej (Gå til spørgsmål 10)

Spørgsmål 8. Hvilket sundhedspersonale har haft kontakt med indsatte med henblik på vurdering af vedkommendes somatiske helbredstilstand under den relevante indsættelse?

Gerne flere svar

- Institutionens egen sygeplejerske (Hvis kun sygeplejerske gå til spørgsmål 10)
- Institutionens egen læge
- Anden læge/specialist/hospital
- Andet (beskriv): _____

Spørgsmål 9. Har der under den relevante indsættelse været iværksat akut lægelige tiltag (udredning og/eller behandling)?

Kun ét svar

- Ja
- Nej
- Ved ikke - det er ikke muligt at besvare på baggrund af de foreliggende oplysninger
- Andet (beskriv): _____

Spørgsmål 10. Er der i det foreliggende patientjournalmateriale foretaget en afsluttende vurdering af indsattes somatiske helbredstilstand?

Kun ét svar

- Ja, der er foretaget en afsluttende vurdering
- Nej, forløbet hvor indsattes somatiske helbredstilstand vurderes er fortsat igang
- Nej, forløbet hvor indsattes somatiske helbredstilstand skulle vurderes blev afbrudt, fordi indsatte ikke ønskede at deltage i alle samtaler/undersøgelser
- Nej, der foreligger ikke oplysninger om den afsluttende vurdering, fordi indsatte blev (prøve)løs-ladt eller overført til anden institution
- Nej, der foreligger ikke oplysninger om den afsluttende vurdering, fordi det blev skønnet, at den påkrævede udredning og/eller behandling kunne udsættes til efter løsladelsen uden betydende helbredsforringelse til følge
- Andet (beskriv): _____

Spørgsmål 11. Ud fra de oplysninger om indsattes somatiske helbredstilstand, der er til rådighed i hele patientjournalen frem til d. 15. februar 2012, hvilken kategori skønner du da er omfattende for pågældende? (Hvis flere kategorier vurderes relevante, angiv da den mest alvorlige)

Kun ét svar

- Indsatte har ingen betydende eller vedvarende somatiske sygdomme
- Indsatte har livskvalitetsforringende/funktionsnedsættende somatisk sygdom
- Indsatte har livstruende somatisk sygdom på skønnet kort sigt (<3 mdr.)

Spørgsmål 12. Angiv alle (tentative) diagnoser for den indsatte - notér også de relevante ICPC-2-DK koder (Hvis ingen (tentative) diagnoser, anfør dette)

Gerne flere linjer

Spørgsmål 13. Eventuelle supplerende bemærkninger

Gerne flere linjer

Spørgsmål 14. Dato for udfyldelse af aktuelle skema

Dato (dd-mm-åååå)



Bilag 5

Tidsfrister og inklusionstider i projektet

Figur 1. Tidsfrister for de enkelte aktiviteter i projektet.

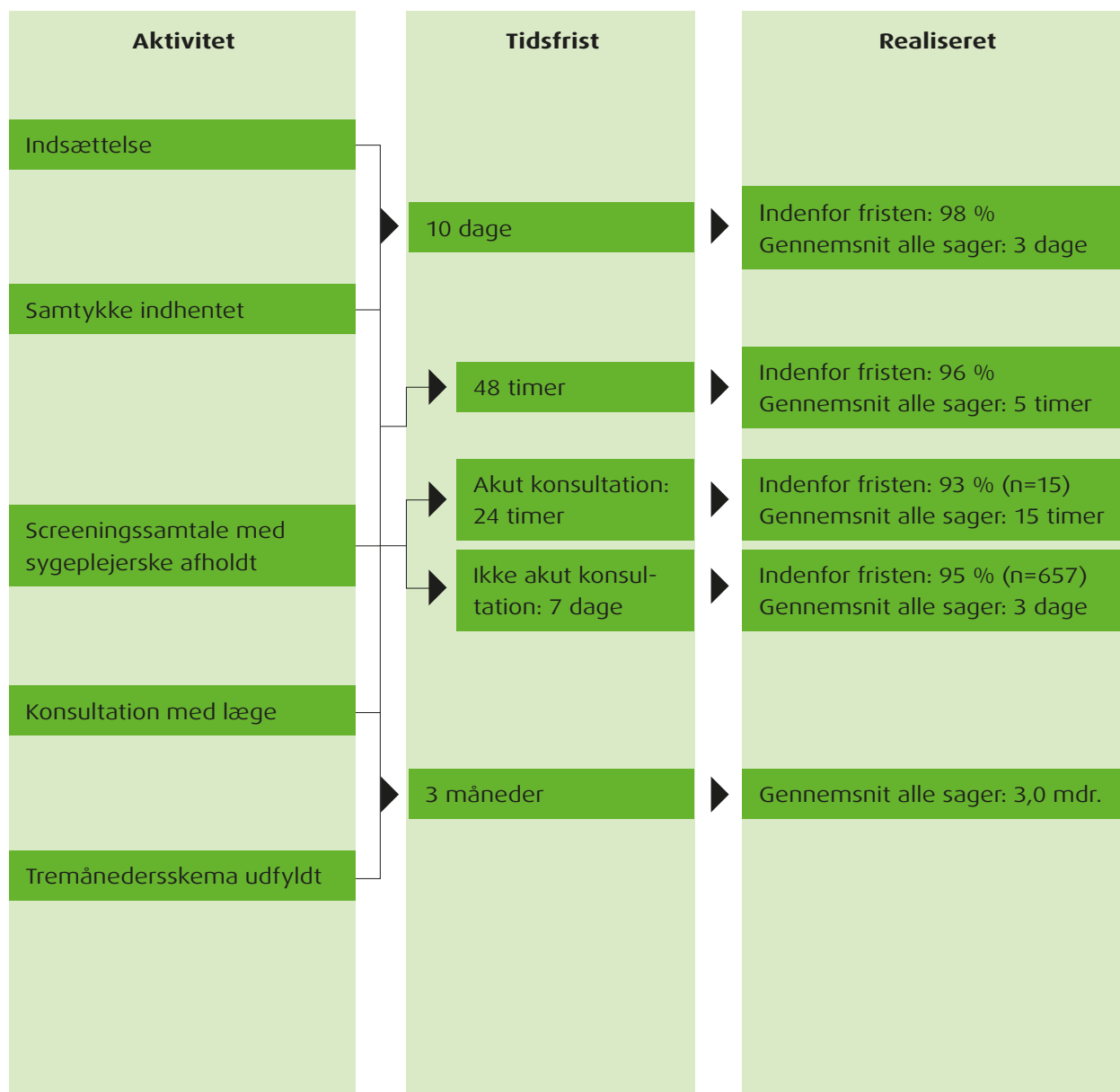
Aktivitet	Tidsfrist
Indsættelse i enten Statsfængslet Østjylland, Statsfængslet på Søbysøgård, Arresthuset i Århus eller Arresthuset i Slagelse	
▼	
Sygeplejersken afgiver mundtlig og skriftlig deltagerinformation til så vidt muligt alle indsatte samt indsattes forældre, hvis pågældende er under 18 år	▶ ≤ 72 timer efter indsættelse
▼	
Indsatte/indsattes forældre afgiver informeret samtykke til deltagelse i undersøgelsen	▶ ≤ 7 dage efter mundtlig og skriftlig information om projektet er modtaget
▼	
Sygeplejersken gennemfører screeningsamtalen med den indsatte og registrerer sin konklusion i det dertil indrettede skema	▶ ≤ 48 timer efter modtagelse af indsattes/indsattes forældres informerede samtykke til deltagelse
▼	
Lægen konsulterer den indsatte og registrerer sin konklusion i det dertil indrettede skema	▶ ≤ 24 timer efter sygeplejerskens screening, hvis sygeplejersken har konkluderet, at der er behov for akut lægevurdering
▼	▶ ≤ 7 dage efter sygeplejerskens screening, hvis sygeplejersken ikke har konkluderet, at der er behov for akut lægevurdering
Institutionens stedligt ansvarlige læge, speciallæge, hospital eller anden fagkyndig foretager eventuel yderligere diagnostisk udredning	▶ Ingen tidsfrist. Institutionens almindelige praksis på området følges
▼	
Lægen registrerer eventuelt yderligere indhentede oplysninger om indsattes somatiske helbredstilstand og registrerer sin konklusion i det dertil indrettede skema	▶ 3 måneder efter lægens første konsultation

Som figur 1 viser, havde sygeplejerskerne i screeningsprojektet 72 timer fra indsættelsestidspunktet til at afgive mundtlig og skriftlig information om projektet til den indsatte (og forældremyndighedsindehaveren, såfremt indsatte var under 18 år). Herefter havde den indsatte/forældremyndighedsindehaveren syv dage til at tage endelig beslutning om deltagelse i projektet ved at give skriftligt samtykke. Da tidspunktet for afgivelse af mundtlig og skriftlig deltagerinformation ikke er blevet registreret i indberetningsskemaerne, er det ikke muligt at opgøre, hverken om fristen på de 72 timer eller de syv dage overholdes. Det kan dog måles, om der går mere end de i alt ti dage, der måtte, fra indsættelsestidspunktet til, at det informerede samtykke er indhentet fra de indsatte, der

ønskede at deltage i projektet. Dette målepunkt er anvendt i figur 2.

I forhold til udfyldelse af tremånedersskemaet, som er nævnt sidst i figur 2, er der ikke som sådan tale om en tidsfrist. Lægerne i projektet er blevet bedt om så vidt muligt at udfylde skemaet præcis tre måneder efter afholdelse af projektkonsultationen. Som det ses af illustrationen er dette gennemsnitligt set opfyldt. Tremånedersskemaerne er blevet udfyldt mellem to og fem måneder efter konsultationen, men 88 pct. af skemaerne er blevet udfyldt i perioden én uge før og én uge efter tremånedersdatoen, og gennemsnittet for alle sager ligger på 3,0 mdr.


Figur 2. Overholdelse af tidsfristerne i projektet. Kun sager hvor alle aktiviteter er gennemført (n=672).






Bilag 6

ICPC-2 DK diagnosekodekort

ICPC-2 Danish / Dansk International Classification of Primary Care – 2nd Edition Wonca International Classification Committee (WICC) 	Blod / Lymfe / Immunsystem	Øje	F	
Procesdiagnoser	B B02 Forstørret/smerrende lymfeknude B04 Symptom/klage vedr. blod B25 Frygt for AIDS/HIV B26 Frygt for kræft i blod/lymfesystem B27 Frygt for sygdom i blod/lymfesystem IKA B28 Nedsat funktion/handicap vedr. blod/lymfe/immunsystem B29 Symptom/klage vedr. lymfe/immunsystem B70 Akut lymfadenit B71 Kronisk/uspecifik lymfadenit B72 Hodgkins sygdom/lymfom B73 Leukæmi B74 Kræft i blod/lymfesystem IKA B75 Godartet/uspecifik svulst i blod/lymfesystem B76 Traumatisk miltraktur B77 Skade på blod/lymfe/milt IKA B78 Arvelig hæmolytisk anæmi B79 Medfødt abnormitet i blod/lymfesystem IKA B80 Jernmangelanæmi B81 Vitamin B12-/folinsyre-mangelanæmi B82 Uspecifik anæmi IKA B83 Purpura/koagulationsdefekt B84 Abnorme hvide blodlegemer af ukendt årsag B87 Forstørret milt B90 HIV-infektion/AIDS B99 Sygdom i blod/lymfe/milt/immunsystem IKA	F01 Smerte i øje F02 Rødt øje F03 Sekretion fra øje F04 Synlig mobil tråd/plet i synsfelt F05 Synsklage IKA F13 Abnorm fornemmelse i øje F14 Abnorm øjenbevægelse F15 Abnormt udseende af øje F16 Symptom/klage fra øjenlåg F17 Symptom/klage vedr. briller F18 Symptom/klage vedr. kontaktlinser F27 Frygt for øjensygdom F28 Nedsat funktion/handicap vedr. øje F29 Symptom/klage fra øje IKA F70 Infektios konjunktiv F71 Allergisk konjunktiv F72 Øjenlågbetændelse F73 Infektion/inflammation i øje IKA F74 Svulst i øje/øjnomsgevulser F75 Kontusion/blødning i øje/øjnomsgevulser F76 Fremmedlegeme i øje F79 Øjenskede IKA F80 Tårekanalstenose hos spædbarn F81 Medfødt misdannelse af øje IKA F82 Nethindelsning F83 Retinopati F84 Maculadegeneration F85 Ulcus corneae F86 Trakom F91 Refraktionsanomali F92 Katarakt F93 Glaukom F94 Blindhed/svagsyn F95 Skelen F99 Sygdom i øje/øjnomsgevulser IKA	K93 Lungeemboli K94 Årebetændelse K95 Åreknude på ben K96 Hæmoroide K99 Kredsløbssygdom IKA	
Alment/uspecificeret A A01 Almen/udbredt smerte A02 Kulderystelse A03 Feber A04 Almen svækkelse/træthed A05 Sygdomsfølelse A06 Besvimelse A07 Koma A08 Hævelse A09 Svedproblem A10 Blødning IKA A11 Smerte i brystet IKA A13 Frygt for behandling A16 Irritabelt spædbarn A18 Bekymring vedr. udseende A20 Anmodning/samtale om dødsbøjle A21 Risikofaktor for kræft A23 Risikofaktor IKA A25 Frygt for død/dødsproces A26 Frygt for kræft IKA A27 Frygt for sygdom IKA A28 Nedsat funktion/handicap IKA A29 Almen(t) symptom/klage IKA A70 Tuberkulose A71 Mæslinger A72 Skoldkopper A73 Malaria A74 Røde hunde A75 Mononukleose A76 Virusinfektion med udslæt IKA A77 Virusinfektion IKA A78 Infektionssygdom IKA A79 Kræft IKA A80 Skade IKA A81 Multiple skader A82 Følgelstand efter skade A84 Medicinforgiftning A85 Medicinbivirkning A86 Forgiftning med ikke-medicinsk stof A87 Komplikation til lægelig behandling A88 Skadevirkning af ydre fysisk faktor A89 Komplikation til protese/implantat/transplantat A90 Medfødte misdannelser IKA/multiple A91 Undersøgelse med abnormt fund IKA A92 Allergi/allergisk reaktion IKA A93 Præmaturlt barn A94 Perinatal sygdom IKA A95 Perinatal død A96 Død A97 Ingen sygdom A98 Helbredsbevarende/forebyggende tiltag A99 Sygdom/tilstand af uspecifik natur/lokalisering	PROCESDIAGNOSER SYMPTOMDIAGNOSER INFEKTIONSSYGDOMME NEOPLASMER SKADER MEDFØDTE MISDANNELSER SPECIFIKKE SYGDOMME IKA	H	Muskel / Skeletsystem	L L01 Symptom/klage fra cervikalregion L02 Symptom/klage fra ryg L03 Symptom/klage fra lænd L04 Symptom/klage fra brystkasse L05 Symptom/klage fra flanke/armhule L07 Symptom/klage fra kæbe L08 Symptom/klage fra skulder L09 Symptom/klage fra arm L10 Symptom/klage fra albue L11 Symptom/klage fra håndled L12 Symptom/klage fra hånd/finger L13 Symptom/klage fra hofte L14 Symptom/klage fra lår/underben L15 Symptom/klage fra knæ L16 Symptom/klage fra ankel L17 Symptom/klage fra fod/tå L18 Muskelsmerte L19 Symptom/klage fra muskel IKA L20 Symptom/klage fra led IKA L26 Frygt for kræft i muskel/skeletsystem L27 Frygt for sygdom i muskel/skeletsystem IKA L28 Nedsat funktion/handicap vedr. muskel/skeletsystem IKA L29 Symptom/klage fra muskel/skeletsystem IKA L70 Infektion i muskel/skeletsystem L71 Kræft i muskel/skeletsystem L72 Fraktur af underarm L73 Fraktur af underben L74 Fraktur i håndfod L75 Fraktur af lærben L76 Fraktur IKA L77 Forstuvning af ankel L78 Forstuvning af knæ L79 Forstuvning af led IKA L80 Luksation/subluksation L81 Skade på muskel/skeletsystem IKA L82 Medfødt misdannelse i muskel/skeletsystem L83 Cervikalsyndrom L84 Rygsyndrom uden smerteudstråling L85 Erhvervet rygsyndrom L86 Rygsyndrom med smerteudstråling L87 Bursit/tendinit/synovit IKA L88 Reumatoid artrit L89 Artrrose i hoftelede L90 Artrrose i knæ L91 Artrrose IKA L92 Skuldersyndrom L93 Tennisalbue L94 Osteokondrose L95 Osteoporose L96 Akut indre knæskade L97 Godartet/uspecifik svulst i muskel/skeletsystem L98 Erhvervet deformitet af ekstremitet L99 Sygdom i muskel/skeletsystem IKA
	D	Øre	N	
	Fordøjelsessystem D01 Udbredt/urevis smerte i maven D02 Smerte i epigastriet D03 Halsbrand D04 Smerte i rectum/anus D05 Perianal kløe D06 Lokaliseret smerte i maven IKA D07 Dyspepsi/fordøjelsesbesvær D08 Flatulens/luft i maven/ræben D09 Kvalme D10 Opkastning D11 Diare D12 Forstoppelse D13 Gulsot D14 Blodopkastning D15 Melæna D16 Blødning fra endetarm D17 Ufrivillig afgang af afføring D18 Ændret afføringsmønster D19 Symptom/klage fra tand/tandkød D20 Symptom/klage fra mund/tungelæbe D21 Synkebesvær D23 Forstørret lever D24 Udfyldning i maven IKA D25 Udspilet abdomen D26 Frygt for kræft i fordøjelsessystem D27 Frygt for sygdom i fordøjelsessystem IKA D28 Nedsat funktion/handicap vedr. fordøjelsessystem D29 Symptom/klage fra fordøjelsessystem IKA D70 Gastrointestinal infektion D71 Faresyge D72 Virushepatit D73 Formodet infektiøs gastroenterit D74 Kræft i mavesæk D75 Kræft i tyktarm/endetarm D76 Kræft i bugspytkirtel D77 Kræft i fordøjelsessystem IKA D78 Godartet/uspecifik svulst i fordøjelsessystem D79 Fremmedlegeme i fordøjelsessystem D80 Skade på fordøjelsessystem IKA D81 Medfødt misdannelse i fordøjelsessystem D82 Sygdom i tand/tandkød D83 Sygdom i mund/tungelæbe D84 Sygdom i spiserør D85 Sår på tolvfingertarm D86 Mavesår IKA D87 Mavekatar D88 Blindtarmsbetændelse D89 Lyskebrok D90 Hiatushernie D91 Abdominalt brok IKA D92 Divertikelsygdom i tarm D93 Colon irritabile D94 Kronisk enterit/ulcerøs kolit D95 Analfissur/perianal abscess D96 Ormlparasit IKA D97 Leversygdom IKA D98 Galdeblærebetændelse/galdsten D99 Sygdom i fordøjelsessystem IKA	K	Nervesystem N01 Hovedpine N03 Ansigtssmerte N04 Raskløse ben N05 Paræstesi N06 Føleforstyrrelse IKA N07 Krampeanfald N08 Abnorm ufrivillig bevægelse N16 Forstyrrelse af lugte/smagsans N17 Svimmelhed N18 Lammelse N19 Taleforstyrrelse N26 Frygt for kræft i nervesystem N27 Frygt for neurologisk sygdom IKA N28 Nedsat funktion/handicap vedr. nervesystem N29 Symptom/klage fra nervesystem IKA N70 Poliomyelit N71 Meningit/encefalit N72 Tetanus N73 Infektion i nervesystem IKA N74 Kræft i nervesystem N75 Godartet svulst i nervesystem N76 Uspecifik svulst i nervesystem N77 Hjernerytelse N80 Hjernelæsion IKA N81 Skade på nervesystem IKA N85 Medfødt misdannelse i nervesystem N86 Dissemineret sklerose N87 Parkinsons sygdom N88 Epilepsi N89 Migræne N90 Hortons hovedpine N91 Facialisparese N92 Trigeminusneuralgi N93 Karpaltunnelsyndrom N94 Perifer neuropati N95 Spændingshovedpine N99 Neurologisk sygdom IKA	
		Hjerte / Karsystem K01 Smerte i hjerte K02 Trykken/knugen i hjerte K03 Smerte i kardiiovaskulære system IKA K04 Hjertebanken K05 Uregelmæssig hjerterytme IKA K06 Fremtrædende vener K07 Ødem K22 Risikofaktor for hjerte/karsygdom K24 Frygt for hjertesygdom K25 Frygt for forhøjet blodtryk K27 Frygt for hjerte/karsygdom IKA K28 Nedsat funktion/handicap vedr. hjerte/karsygdom K29 Symptom/klage fra hjerte/karsystem IKA K70 Infektion i hjerte/karsystem K71 Gigtfeber/reumatisk hjertesygdom K72 Svulst i hjerte/karsystem K73 Medfødt misdannelse i hjerte/karsystem K74 Iskæmisk hjertesygdom med angina pectoris K75 Akut myokardieinfarkt K76 Iskæmisk hjertesygdom uden angina pectoris K77 Hjertesvigt K78 Atriefibrillen/flagren K79 Anfaldisvis takykardi K80 Hjerterytmeforstyrrelse IKA K81 Mislyd over hjerte/arterie IKA K82 Pulmonal hjertesygdom K83 Hjerteklapsygdom IKA K84 Hjertesygdom IKA K85 Forhøjet blodtryk K86 Ukompliceret hypertension K87 Kompliceret hypertension K88 Ortostatisk hypotension K89 Transitorisk cerebral iskæmi K90 Apopleksi K91 Cerebrovaskulær sygdom K92 Aterosklerose/perifer karsygdom		



Psykisk	P	Hud	S	Urinveje	U	X70 Syfilis hos kvinde X71 Gonore hos kvinde X72 Candida-infektion i kønsorgan hos kvinde X73 Trichomonas-infektion i kønsorgan hos kvinde X74 Underlivsbetændelse X75 Kræft i livmoderhals X76 Blystrkræft hos kvinde X77 Kræft i kvindeligt kønsorgan IKA X78 Fibrom i livmoder X79 Godartet svulst i mamma hos kvinde X80 Godartet svulst i kønsorgan hos kvinde X81 Uspecifik svulst i kønsorgan hos kvinde IKA X82 Skade på kønsorgan hos kvinde X83 Medfødt misdannelse i kønsorgan hos kvinde X84 Vaginit/vulvit IKA X85 Sygdom i livmoderhals IKA X86 Abnorm cytologisk prøve fra livmoderhals X87 Prolaps af livmoder/skede X88 Fibrocystisk sygdom i mamma hos kvinde X89 Præmenstruelt syndrom X90 Herpes genitalis hos kvinde X91 Kondylom hos kvinde X92 Chlamydia-infektion i kønsorgan hos kvinde X99 Sygdom i kønsorgan hos kvinde IKA	
P01 Angst/nervøsitet/anspændthed P02 Akut belastningsreaktion P03 Nedtrykthed P04 Irritabel/vredladen følelse/adfærd P05 Alderspræget følelse/adfærd P06 Søvnforstyrrelse P07 Manglende seksuel lyst P08 Nedsat seksuel tilfredsstillelse P09 Bekymring vedr seksual afvigelse P10 Stammen/støden/til P11 Spiseproblem hos barn P12 Ikke-organisk enurese P13 Ikke-organisk enkoprese P15 Kronisk alkoholmisbrug P16 Akut alkoholforgiftning P17 Tobaksmisbrug P18 Medicinmisbrug P19 Stofmisbrug P20 Hukommelsessvigt P22 Symptom/klage vedr barns adfærd P23 Symptom/klage vedr adfærd i pubertæt P24 Specifikt indlæringsproblem P25 Problem vedr livsfase hos voksen P27 Frygt for psykisk sygdom P28 Nedsat funktion/handicap vedr psykisk sygdom P29 Psykisk symptom/klage IKA P70 Demens P71 Organisk psykose IKA P72 Skizofreni P73 Maniodepressiv psykose P74 Angsttilstand P75 Somatoform forstyrrelse P76 Depression P77 Selvmord/selvmoordsforsøg P78 Neurasteni P79 Fobisk/obsessiv/kompulsiv tilstand P80 Personlighedsforstyrrelse P81 Hyperkinetisk forstyrrelse P82 Posttraumatisk belastningsreaktion P85 Mental retardering P86 Anoreksi/bulimi P88 Psykose IKA P99 Psykisk sygdom IKA		S01 Smerte/ømhed i hud S02 Kløe S03 Vorte S04 Lokal knude/fortykkelse i hud S05 Udbredte knuder/fortykkelser i hud S06 Lokaliseret udslæt S07 Generaliseret udslæt S08 Ændret hudfarve S09 Infektion i finger/tå S10 Byld i hud S11 Posttraumatisk hudinfektion S12 Insektstik S13 Bid af dyr/menneske S14 Forbrænding/skoldning S15 Fremmedlegeme i hud S16 Læsion/kontusion med intakt hud S17 Overfladisk hudlæsion/hudafskræbning S18 Laceration/snitår S19 Skade på hud IKA S20 Hård hud/ligtorn S21 Symptom/klage vedr hudforandring S22 Symptom/klage fra negl S23 Hårtab/skaldethed S24 Symptom/klage fra hår/hovedbund S26 Frygt for hudkræft S27 Frygt for hudsygdom IKA S28 Nedsat funktion/handicap vedr hudsygdom S29 Symptom/klage fra hud IKA S70 Herpes zoster S71 Herpes simplex-infektion S72 Scabies S73 Pedikulose/hudinfestation IKA S74 Hudsvamp S75 Candida-infektion i hud S76 Infektion i hud IKA S77 Hudkræft S78 Lipom i hud S79 Godartet/uspecifik svulst i hud IKA S80 Solskoldning/aktinisk keratose S81 Hæmangiom/lymfangiom S82 Modermærke S83 Medfødt misdannelse i hud IKA S84 Impetigo S85 Pilonidalcyste/fistel S86 Seboreisk dermatit S87 Atopisk dermatit S88 Allergisk/toksisk kontaktdermatit S89 Bledermatit S90 Pityriasis rosea S91 Psoriasis S92 Svedkirtelsygdom S93 Aterom S94 Nedgroet negl S95 Molluscum contagiosum S96 Akne S97 Kronisk sår i hud S98 Nældefeber S99 Hudsygdom IKA		U01 Smerte ved vandladning U02 Hyppig vandladning U04 Urininkontinens U05 Vandladningsproblem IKA U06 Blod i urin U07 Symptom/klage vedr urin IKA U08 Urinretention U13 Symptom/klage fra urinblære IKA U14 Symptom/klage fra nyre U26 Frygt for kræft i urinveje U27 Frygt for urinvejssygdom IKA U28 Nedsat funktion/handicap vedr urinveje U29 Symptom/klage fra urinveje IKA U70 Nyrebækkenbetændelse U71 Blærebetændelse/urinvejsinfektion IKA U72 Urinrørsbetændelse U75 Kræft i nyre U76 Kræft i urinblære U77 Kræft i urinveje IKA U78 Godartet svulst i urinveje U79 Uspecifik svulst i urinveje U80 Skade på urinveje U85 Medfødt misdannelse i urinveje U88 Glomerulonefrit/nefropati U90 Ortopastisk albuminuri U95 Urinvejsten U98 Abnorm urinprøve U99 Urinvejssygdom IKA		X70 Syfilis hos kvinde X71 Gonore hos kvinde X72 Candida-infektion i kønsorgan hos kvinde X73 Trichomonas-infektion i kønsorgan hos kvinde X74 Underlivsbetændelse X75 Kræft i livmoderhals X76 Blystrkræft hos kvinde X77 Kræft i kvindeligt kønsorgan IKA X78 Fibrom i livmoder X79 Godartet svulst i mamma hos kvinde X80 Godartet svulst i kønsorgan hos kvinde X81 Uspecifik svulst i kønsorgan hos kvinde IKA X82 Skade på kønsorgan hos kvinde X83 Medfødt misdannelse i kønsorgan hos kvinde X84 Vaginit/vulvit IKA X85 Sygdom i livmoderhals IKA X86 Abnorm cytologisk prøve fra livmoderhals X87 Prolaps af livmoder/skede X88 Fibrocystisk sygdom i mamma hos kvinde X89 Præmenstruelt syndrom X90 Herpes genitalis hos kvinde X91 Kondylom hos kvinde X92 Chlamydia-infektion i kønsorgan hos kvinde X99 Sygdom i kønsorgan hos kvinde IKA	
Luftveje	R	Endokrint / Metabolisk / Ernæringsmæssigt	T	Svangerskab / Fødsel / Antikonception	W	Mandlige kønsorganer Y	
R01 Smerte fra luftveje R02 Åndenød R03 Piben/hvæsen i bryst R04 Vejtrækningsproblem IKA R05 Hoste R06 Næseblødning R07 Snue/nyesen R08 Symptom/klage fra næse IKA R09 Symptom/klage fra bihule R21 Symptom/klage fra svælg R23 Stemmehæring/hæshed R24 Blodopspyning R25 Abnormt opspyt R26 Frygt for kræft i luftveje R27 Frygt for luftvejssygdom IKA R28 Nedsat funktion/handicap vedr luftveje R29 Symptom/klage fra luftveje IKA R71 Kighoste R72 Streptokokfaryngit R73 Byld i næse IKA R74 Akut øvre luftvejsinfektion R75 Akut/kronisk bihulebetændelse R76 Akut tonsillit R77 Akut laryngit/trakeit R78 Akut bronkit/bronkiolet R79 Kronisk bronkit R80 Influenza R81 Lungebetændelse R82 Pleurit/pleurækkusudat R83 Infektion i luftveje IKA R84 Kræft i bronkie/lunge R85 Kræft i luftveje IKA R86 Godartet svulst i luftveje R87 Fremmedlegeme i næse/strube/bronkie R88 Skade på luftveje IKA R89 Medfødt misdannelse i luftveje R90 Hypertrofi af tonsiller/polypper R92 Uspecifik svulst i luftveje R95 Kronisk obstruktiv lungesygdom R96 Astma R97 Hæfeber R98 Hyperventilation R99 Luftvejssygdom IKA		T01 Overdreven tørst T02 Overdreven appetit T03 Nedsat appetit T04 Ernæringsproblem hos spædbarn/barn T05 Ernæringsproblem hos voksen T07 Abnorm vægtstigning T08 Abnormt vægttab T10 Forsinket vækst T11 Dehydrering T26 Frygt for kræft i endokrine system T27 Frygt for endokrin/metabolisk sygdom IKA T28 Nedsat funktion/handicap vedr endokrin/metabol sgd T29 Sympt/klage vedr endokrine/metabol/ern forhold IKA T70 Infektion i endokrine system T71 Kræft i skjoldbruskkirtel T72 Godartet svulst i skjoldbruskkirtel T73 Svulst i endokrine system IKA T78 Thyroglossuscyste T80 Medfødt misdannelse i endokrine/metaboliske system T81 Struma T82 Fedme T83 Overvægt T85 Tyrotoksikose T86 Myksødem T87 Hypoglykæmi T89 Diabetes type 1 T90 Diabetes type 2 T91 Mangel på vitamin/ernæring T92 Urinsur gigt T93 Lipidforstyrrelse T99 Sygdom vedr endokrine/metaboliske/ ern forhold IKA		W01 Spørgsmål om svangerskab W02 Frygt for svangerskab W03 Blødning i svangerskab W05 Opgaskning i svangerskab W10 Postkoital svangerskabsforebyggelse W11 Peroral svangerskabsforebyggelse W12 Intrauterin svangerskabsforebyggelse W13 Sterilisering af kvinde W14 Svangerskabsforebyggelse hos kvinde IKA W15 Infertilitet/subfertilitet hos kvinde W17 Puerperal blødning W18 Puerperal(t) symptom/klage IKA W19 Symptom/klage vedr amning W21 Bekymring vedr udseende i svangerskab W27 Frygt for svangerskabskomplikation W28 Nedsat funktion/handicap vedr svangerskab W29 Symptom/klage vedr svangerskab IKA W70 Puerperal infektion/sepsis W71 Infektion som komplikation til svangerskab/puerperie IKA W72 Kræft i forbindelse med svangerskab W73 Godartet/uspecifik svulst vedr svangerskab W75 Skade som komplikation til svangerskab W76 Medfødt misdannelse som svangerskabskomplikation W78 Svangerskab W79 Uanset svangerskab W80 Svangerskab uden for livmoder W81 Svangerskabsforgiftning W82 Spontan abort W83 Provokeret abort W84 Svangerskab med høj risiko W85 Debaterende diabetes i svangerskab W90 Ukompliceret fødsel med levendefødt barn W91 Ukompliceret fødsel med dødfødt barn W92 Kompliceret fødsel med levendefødt barn W93 Kompliceret fødsel med dødfødt barn W94 Puerperal mastit W95 Puerperal mammasygdom IKA W96 Puerperal komplikation IKA W99 Sygdom under svangerskab/fødsel IKA		Y01 Smerte i penis Y02 Smerte i testikel/pung Y03 Udflåd fra urinrør hos mand Y04 Symptom/klage fra penis IKA Y05 Symptom/klage fra testikel/pung IKA Y06 Symptom/klage fra prostata Y07 Erektiv dysfunktion Y08 Symptom/klage vedr seksuel funktion hos mand IKA Y10 Infertilitet/subfertilitet hos mand Y13 Sterilisering af mand Y14 Svangerskabsforebyggelse hos mand IKA Y16 Symptom/klage fra mamma hos mand Y24 Frygt for seksuel dysfunktion hos mand Y25 Frygt for seksuelt overført sygdom hos mand Y26 Frygt for kræft i kønsorgan hos mand Y27 Frygt for sygdom i kønsorgan hos mand IKA Y28 Nedsat funktion/handicap vedr kønsorgan hos mand Y29 Symptom/klage fra kønsorgan hos mand IKA Y70 Syfilis hos mand Y71 Gonore hos mand Y72 Herpes genitalis hos mand Y73 Betændelse i prostata/sædblære Y74 Betændelse i testikel/bitestikel Y75 Forhudsbetændelse Y76 Kondylom hos mand Y77 Kræft i prostate Y78 Kræft i kønsorgan hos mand IKA Y79 Godartet/uspecifik svulst i kønsorgan hos mand Y80 Skade på kønsorgan hos mand Y81 Forhudsfornavning Y82 Hypospad Y83 Retentio testis Y84 Medfødt misdannelse i kønsorgan hos mand IKA Y85 Prostatahypertrofi Y86 Hydrocele Y99 Sygdom i kønsorgan hos mand IKA	
PROCESDIAGNOSER		Endokrint / Metabolisk / Ernæringsmæssigt	T	Svangerskab / Fødsel / Antikonception	W	Sociale Problemer Z	
SYMPTOMDIAGNOSER		Endokrint / Metabolisk / Ernæringsmæssigt	T	Svangerskab / Fødsel / Antikonception	W	Sociale Problemer Z	
INFEKTIONSSYGDOMME		Endokrint / Metabolisk / Ernæringsmæssigt	T	Svangerskab / Fødsel / Antikonception	W	Sociale Problemer Z	
NEOPLASMER		Endokrint / Metabolisk / Ernæringsmæssigt	T	Svangerskab / Fødsel / Antikonception	W	Sociale Problemer Z	
SKADER		Endokrint / Metabolisk / Ernæringsmæssigt	T	Svangerskab / Fødsel / Antikonception	W	Sociale Problemer Z	
MEDFØDTE MISDANNELSER		Endokrint / Metabolisk / Ernæringsmæssigt	T	Svangerskab / Fødsel / Antikonception	W	Sociale Problemer Z	
SPECIFIKKE SYGDOMME IKA		Endokrint / Metabolisk / Ernæringsmæssigt	T	Svangerskab / Fødsel / Antikonception	W	Sociale Problemer Z	
		FORKORTELSER		Kvindelige kønsorganer (inkl. mamma)	X		
		ern ernæringsmæssige forhold debrid debridement destrukt destruktion IKA ikke klassificeret andetsteds kateteris kateterisation metabol metabolisk(e) sgd sygdom sympt symptom		X01 Smerte i kønsorgan hos kvinde X02 Menstruationssmerte X03 Smerte mellem menstruationer X04 Smerte ved samleje hos kvinde X05 Manglende/sparsom menstruation X06 Kraftig menstruation X07 Uregelmæssig/hyppig menstruation X08 Blødning mellem menstruationer X09 Præmenstruel(t) symptom/klage X10 Udsættelse af menstruation X11 Klimakteriel(t) symptom/klage X12 Blødning efter menopause X13 Blødning efter samleje X14 Udflåd fra vagina X15 Symptom/klage fra vagina IKA X16 Symptom/klage fra vulva X17 Symptom/klage fra underliv hos kvinde X18 Smerte i mamma hos kvinde X19 Knude i mamma hos kvinde X20 Symptom/klage fra brystvorte hos kvinde X21 Symptom/klage fra mamma hos kvinde IKA X22 Bekymring vedr. mamas udseende hos kvinde X23 Frygt for seksuelt overført sygdom hos kvinde X24 Frygt for seksuel dysfunktion hos kvinde X25 Frygt for kræft i kønsorgan hos kvinde X26 Frygt for brystkræft hos kvinde X27 Frygt for sygdom i kønsorgan/mamma hos kvinde IKA X28 Nedsat funktion/handicap vedr. kønsorgan hos kvinde X29 Symptom/klage fra kønsorgan hos kvinde IKA		X01 Smerte i kønsorgan hos kvinde X02 Menstruationssmerte X03 Smerte mellem menstruationer X04 Smerte ved samleje hos kvinde X05 Manglende/sparsom menstruation X06 Kraftig menstruation X07 Uregelmæssig/hyppig menstruation X08 Blødning mellem menstruationer X09 Præmenstruel(t) symptom/klage X10 Udsættelse af menstruation X11 Klimakteriel(t) symptom/klage X12 Blødning efter menopause X13 Blødning efter samleje X14 Udflåd fra vagina X15 Symptom/klage fra vagina IKA X16 Symptom/klage fra vulva X17 Symptom/klage fra underliv hos kvinde X18 Smerte i mamma hos kvinde X19 Knude i mamma hos kvinde X20 Symptom/klage fra brystvorte hos kvinde X21 Symptom/klage fra mamma hos kvinde IKA X22 Bekymring vedr. mamas udseende hos kvinde X23 Frygt for seksuelt overført sygdom hos kvinde X24 Frygt for seksuel dysfunktion hos kvinde X25 Frygt for kræft i kønsorgan hos kvinde X26 Frygt for brystkræft hos kvinde X27 Frygt for sygdom i kønsorgan/mamma hos kvinde IKA X28 Nedsat funktion/handicap vedr. kønsorgan hos kvinde X29 Symptom/klage fra kønsorgan hos kvinde IKA	Z01 Problem vedr. fattigdom/økonomi Z02 Problem vedr. mad/vand Z03 Problem vedr. bolig/naboskab Z04 Problem vedr. sociale/kulturelle forhold Z05 Problem vedr. arbejde Z06 Problem vedr. arbejdsløshed Z07 Problem vedr. uddannelse Z08 Problem vedr. social sikring/velfærd Z09 Problem vedr. juridisk forhold Z10 Problem vedr. sundhedsvæsen Z11 Problem vedr. kompians/sygdomsforståelse Z12 Problem vedr. partner Z13 Problem vedr. partners adfærd Z14 Problem vedr. partners sygdom Z15 Tab/dødsfald vedr. partner Z16 Problem vedr. barn Z18 Problem vedr. barns sygdom Z19 Tab/dødsfald vedr. barn Z20 Problem i forhold til forældre/familie medlem Z21 Adfærdspåvirkning hos forældre/familie medlem Z22 Problem vedr. sygdom hos forældre/familie medlem Z23 Tab/dødsfald vedr. forældre/familie medlem Z24 Problem vedr. forhold til venner Z25 Problem vedr. vold/traumatisk oplevelse Z27 Frygt for socialt problem Z28 Nedsat funktion/handicap vedr. socialt problem Z29 Socialt problem IKA
						Licens & copyright til ICPC-2  Dansk Selskab for Almen Medicin Udarbejdet af: Erik Falkø 2008	

Bilag 7

Overordnet beskrivelse af ICPC-2 DK hovedgrupperne

Gruppe A. Alment og uspecificeret omfatter lidelser af mere generel karakter og lidelser i flere organsystemer, bl.a. feber, flere betændelses sygdomme, udbredte skader, ikke lokaliserede kræftsygdomme og forgiftninger.

Gruppe B. Blod-, Lymfe- og Immunsystem omfatter blod- og lymfesystemernes lidelser, bl.a. også smitte med HIV sygdommen og dermed AIDS foruden fx jernmangel, leukæmi, anden blodkræft og skader på bloddannende organer.

Gruppe D. Fordøjelsessystem omfatter samtlige lidelser i mavetarmkanalen, bl.a. tandskader som caries og mundhulens sygdomme, mavesår, lidelser i lever som virushepatitis og i bugspytkirtel sygdomme samt tyktarmskræft.

Gruppe F. Øje omfatter alle lidelser i øjne og tårresystemet, bl.a. betændelses sygdomme, skader, svulster, tilstande, der kræver briller, svagt syn og blindhed

Gruppe H. Øre omfatter alle lidelser i ører, bl.a. betændelses sygdomme, skader og tilstande, der kræver høreapparat samt døvhed.

Gruppe K. Hjerter - kar - system omfatter samtlige lidelser i blodkar og hjerte, bl.a. lidelser i vener og pulsårer som årebetændelser, åreknuder og hæmorider foruden blodpropper inkl. til hjertets kranspulsårer, åreforkalkning, svigtende funktion af blodkar og hjerte med skade bl.a. på hjerne, betændelse på hjerteklapper og svigt af disse, samt forhøjet blodtryk.

Gruppe L. Muskel- og Skeletsystem omfatter alle lidelser i bevægeapparatet, dvs. i muskler, knogler og led, bl.a. samtlige knogle brud og andre skader på knogler, led og muskler og derfor også diskusprolaps, forstuvninger, slidgigt og ægte gigt.

Gruppe N. Nervesystem omfatter alle lidelser i nerver og hjerne, bl.a. hovedpine, migræne, svimmelhed, lammelser, andre funktionsforstyrrelser og skader på nerver og hjerne.

Gruppe P. Psykisk omfatter samtlige psykiatriske lidelser, bl.a. alkohol-, medicin- og stofmisbrug, personlighedsforstyrrelser, hyperkinetisk syndrom (ADHD, Attention deficit hyperactivity disorder), angst, depression, sindssygdommene, mental retardering og demens.

Gruppe R. Luftveje omfatter alle lidelser fra næse til lunger, bl.a. akutte og kroniske betændelsestilstande, overfølsomheds lidelser som bl.a. astma, kræftsygdomme, rygerlunger, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL).

Gruppe S. Hud omfatter bl.a. lokaliseret og udbredt udslæt, betændelsestilstande med bakterier, virus, svampe og parasitter som skab, godartede svulster og kræft, skader og psoriasis.

Gruppe T. Endokrint / Metabolisk / Ernæringsmæssigt omfatter bl.a. stofskiftesygdomme, over- og undervægt, fejlernæring og sukkersyge.

Gruppe U. Urinveje omfatter lidelser i urinveje og nyrer, bl.a. besværet vandladning, betændelsestilstande i urinveje og nyrer, skader og kræft.

Gruppe W. Svangerskab / Fødsel / Antikonception omfatter bl.a. lidelser på mor og barn i relation til svangerskab og fødsel, sterilisation og abort.

Gruppe X. Kvindelige kønsorganer (inkl. mamma) omfatter samtlige gynækologiske lidelser og funktionsforstyrrelser inkl. betændelsestilstande og kræft foruden lidelser i bryst.

Gruppe Y. Mandlige kønsorganer omfatter alle lidelser i de mandlige kønsorganer inkl. penis og prostata, betændelsestilstande og kræft foruden funktionsforstyrrelser.

Gruppe Z. Sociale problemer omfatter bl.a. sociale og kulturelle funktionsforstyrrelser i relation til familie, parforhold, børn og arbejdsmarked.

Supplerende til kapitel 6 om undersøgelsens population:

Bilag 8

Baggrundsoplysninger deltagergruppen

Tabel 1. Fordeling af statsborgerskab blandt indsatte i deltagergruppen uden dansk CPR-nummer.

	EU-lande		Europa udenfor EU		Afrika		Asien		Statsløs		Total	
	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal
Albanien	0,0 %	0	2,0 %	1	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	2,0 %	1
Bosnien-Hercegovina	0,0 %	0	4,1 %	2	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	4,1 %	2
Bulgarien	6,1 %	3	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	6,1 %	3
Frankrig	4,1 %	2	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	4,1 %	2
Holland	6,1 %	3	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	6,1 %	3
Hviderusland	0,0 %	0	2,0 %	1	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	2,0 %	1
Litauen	10,2 %	5	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	10,2 %	5
Makedonien	0,0 %	0	2,0 %	1	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	2,0 %	1
Malaysia	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	2,0 %	1	0,0 %	0	2,0 %	1
Nigeria	0,0 %	0	0,0 %	0	4,1 %	2	0,0 %	0	0,0 %	0	4,1 %	2
Polen	6,1 %	3	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	6,1 %	3
Rumænien	26,5 %	13	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	26,5 %	13
Rusland	0,0 %	0	2,0 %	1	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	2,0 %	1
Statsløs	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	2,0 %	1	2,0 %	1
Statsløs Palæstinenser	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	2,0 %	1	2,0 %	1
Storbritannien	2,0 %	1	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	2,0 %	1
Sverige	6,1 %	3	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	6,1 %	3
Syrien	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	4,1 %	2	0,0 %	0	4,1 %	2
Thailand	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	2,0 %	1	0,0 %	0	2,0 %	1
Tyskland	2,0 %	1	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	2,0 %	1
Vietnam	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	2,0 %	1	0,0 %	0	2,0 %	1
Total	69,4 %	34	12,2 %	6	4,1 %	2	10,2 %	5	4,1 %	2	100,0 %	49



Bilag 9

Bortfald

Table 1. Aldersfordelingen i hhv. deltagergruppen og den potentielle deltagergruppe.

	Potentiel deltager			Deltager			Total	
	Adjusted Residual	Procent	Antal	Adjusted Residual	Procent	Antal	Procent	Antal
Under 18 år	0,7	0,3 %	4 _a	-0,7	0,1 %	1 _a	0,3 %	5
18-19 år	0,1	6,7 %	85 _a	-0,1	6,5 %	44 _a	6,7 %	129
20-24 år	-0,5	24,9 %	315 _a	0,5	26,0 %	175 _a	25,3 %	490
25-29 år	0,2	17,5 %	222 _a	-0,2	17,1 %	115 _a	17,4 %	337
30-34 år	-0,1	15,3 %	193 _a	0,1	15,5 %	104 _a	15,3 %	297
35-39 år	0,2	13,7 %	173 _a	-0,2	13,4 %	90 _a	13,6 %	263
40-44 år	0,1	10,0 %	126 _a	-0,1	9,8 %	66 _a	9,9 %	192
45-49 år	0,1	6,2 %	79 _a	-0,1	6,1 %	41 _a	6,2 %	120
50-59 år	-0,3	4,2 %	53 _a	0,3	4,5 %	30 _a	4,3 %	83
60-69 år	0,3	1,0 %	13 _a	-0,3	0,9 %	6 _a	1,0 %	19
Over 69 år	1,0	0,2 %	2 _a	-1,0	0,0 %	0 _a	0,1 %	2
Total		100,0 %	1265		100,0 %	672	100,0 %	1937

a,b: parvis sammenligning af kolonne-proportioner, der angiver, hvilke kolonner (for en given række), der er signifikant forskellige på et 0,05 niveau. Signifikante forskelle er angivet med hhv. "a" og "b". Hvis der ikke er signifikant forskel, er begge værdier i rækken markeret med "a".
Pearson Chi-Square: $p=0,996$

Table 2. Kønsfordelingen i hhv. deltagergruppen og den potentielle deltagergruppe.

	Potentiel deltager			Deltager			Total	
	Adjusted Residual	Procent	Antal	Adjusted Residual	Procent	Antal	Procent	Antal
Mand	-1,5	96,5 %	1221 _a	1,5	97,8 %	657 _a	97,0 %	1878
Kvinde	1,5	3,5 %	44 _a	-1,5	2,2 %	15 _a	3,0 %	59
Total		100,0 %	1265		100,0 %	672	100,0 %	1937

a,b: parvis sammenligning af kolonne-proportioner, der angiver, hvilke kolonner (for en given række), der er signifikant forskellige på et 0,05 niveau. Signifikante forskelle er angivet med hhv. "a" og "b". Hvis der ikke er signifikant forskel, er begge værdier i rækken markeret med "a".
Pearson Chi-Square: $p=0,129$

Table 3. Fordelingen af personer med/uden dansk CPR nummer i hhv. deltagergruppen og den potentielle deltagergruppe.

	Potentiel deltager			Deltager			Total	
	Adjusted Residual	Procent	Antal	Adjusted Residual	Procent	Antal	Procent	Antal
Dansk cpr	-5,8	83,3 %	1054 _a	5,8	92,7 %	623 _b	86,6 %	1677
Ikke dansk cpr	5,8	16,7 %	211 _a	-5,8	7,3 %	49 _b	13,4 %	260
Total		100,0 %	1265		100,0 %	672	100,0 %	1937

a,b: parvis sammenligning af kolonne-proportioner, der angiver, hvilke kolonner (for en given række), der er signifikant forskellige på et 0,05 niveau. Signifikante forskelle er angivet med hhv. "a" og "b". Hvis der ikke er signifikant forskel, er begge værdier i rækken markeret med "a".
Pearson Chi-Square: $p=0,000$

Table 4. Deltagelse i screeningsamtalen med sygeplejersken blandt udvalgte grupper.

	Statsborgerskab						Total	
	Litauen		Polen		Rumænien			
	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal
Deltager	13,0 %	6	19,2 %	5	31,1 %	14	21,4 %	25
Deltager ikke	87,0 %	40	80,8 %	21	68,9 %	31	78,6 %	92
Total	100,0 %	46	100,0 %	26	100,0 %	45	100,0 %	117

Pearson Chi-Square: $p=0,105$

Tabel 5. Deltagelse i screeningssamtalen med sygeplejersken fordelt på dansk/ikke dansk CPR-nummer og statsborgerskab.

	Dansk cpr/statsborgerskab									Total	
	Ikke dansk cpr - statsborgerskab Polen, Rumænien, Litauen			Ikke dansk cpr - statsborgerskab andet udland*			Dansk cpr			Procent	Antal
	Adjusted Residual	Procent	Antal	Adjusted Residual	Procent	Antal	Adjusted Residual	Procent	Antal		
Deltager	-8,5	21,4 %	25	-4,6	35,9 %	33	9,9	64,5 %	680	58,4 %	738
Deltager ikke	8,5	78,6 %	92	4,6	64,1 %	59	-9,9	35,5 %	374	41,6 %	525
Total		100,0 %	117		100,0 %	92		100,0 %	1054	100,0 %	**1263

Pearson Chi-Square: p=0,000

*Statsløse indgår i kategorien Statsborgerskab andet udland

** Der er to indsatte uden dansk CPR-nummer, hvor statsborgerskabet ikke fremgår. Disse sager er ikke medtaget i denne tabel.

Tabel 6. Årsager til manglende sygeplejerskescreening fordelt på dansk/ikke dansk CPR-nummer.

	CPR				Total	
	Dansk CPR		Ikke dansk CPR		Procent	Antal
	Procent	Antal	Procent	Antal		
Årsag uoplyst	46,8 %	175	47,7 %	73	47,1 %	248
Gav ikke informeret samtykke	47,3 %	177	46,4 %	71	47,1 %	248
Ekskluderet fra deltagelse	1,6 %	6	0,7 %	1	1,3 %	7
Samtykkeerklæring bortkommet	0,5 %	2	0,0 %	0	0,4 %	2
Overført til anden institution	3,2 %	12	3,3 %	5	3,2 %	17
Løsladt/prøveløsladt	0,3 %	1	2,0 %	3	0,8 %	4
Indlagt på hospital	0,3 %	1	0,0 %	0	0,2 %	1
Total	100,0 %	374	100,0 %	153	100,0 %	527

Tabel 7. Årsager til manglende sygeplejerskescreening fordelt på dansk/ikke dansk CPR-nummer og statsborgerskab.

	Dansk cpr/statsborgerskab						Total	
	Ikke dansk cpr - statsborgerskab Polen, Rumænien, Litauen		Ikke dansk cpr - statsborgerskab andet udland*		Dansk CPR		Procent	Antal
	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal		
Årsag uoplyst	45,7 %	42	50,8 %	30	46,8 %	175	47,0 %	247
Gav ikke informeret samtykke	50,0 %	46	40,7 %	24	47,3 %	177	47,0 %	247
Ekskluderet fra deltagelse	0,0 %	0	1,7 %	1	1,6 %	6	1,3 %	7
Samtykkeerklæring bortkommet	0,0 %	0	0,0 %	0	0,5 %	2	0,4 %	2
Overført til anden institution	2,2 %	2	5,1 %	3	3,2 %	12	3,2 %	17
Løsladt/prøveløsladt	2,2 %	2	1,7 %	1	0,3 %	1	0,8 %	4
Indlagt på hospital	0,0 %	0	0,0 %	0	0,3 %	1	0,2 %	1
Total	100,0 %	92	100,0 %	59	100,0 %	374	100,0 %	**525

*Statsløse indgår i kategorien Statsborgerskab andet udland

** Der er to indsatte uden dansk CPR-nummer, hvor statsborgerskabet ikke fremgår. Disse sager er ikke medtaget i denne tabel.



Bilag 10

Sammenligneligheden af deltagergruppen og kontrolgruppen

Table 1. Aldersfordelingen i hhv. kontrolgruppen og deltagergruppen.

	Kontrolgruppe			Deltagergruppe			Total	
	Adjusted Residual	Procent	Antal	Adjusted Residual	Procent	Antal	Procent	Antal
Under 20 år	2,5	10,5 %	71 ^a	-2,5	6,7 %	45 ^b	8,6 %	116
20-29 år	0	43,1 %	292 ^a	0	43,2 %	290 ^a	43,1 %	582
30-39 år	-1,8	24,6 %	167 ^a	1,8	28,9 %	194 ^a	26,7 %	361
Over 39 år	0,2	21,8 %	148 ^a	-0,2	21,3 %	143 ^a	21,6 %	291
Total		100,0 %	678		100,0 %	672	100,0 %	1350

a,b: parvis sammenligning af kolonne-proportioner, der angiver, hvilke kolonner (for en given række), der er signifikant forskellige på et 0,05 niveau. Signifikante forskelle er angivet med hhv. "a" og "b". Hvis der ikke er signifikant forskel, er begge værdier i rækken markeret med "a".
Pearson Chi-Square: p=0,048

Table 2. Kønsfordelingen i hhv. kontrolgruppen og deltagergruppen.

	Kontrolgruppe			Deltagergruppe			Total	
	Adjusted Residual	Procent	Antal	Adjusted Residual	Procent	Antal	Procent	Antal
Mand	-2,2	95,6 %	648 ^a	2,2	97,8 %	657 ^b	96,7 %	1305
Kvinde	2,2	4,4 %	30 ^a	-2,2	2,2 %	15 ^b	3,3 %	45
Total		100,0 %	678		100,0 %	672	100,0 %	1350

a,b: parvis sammenligning af kolonne-proportioner, der angiver, hvilke kolonner (for en given række), der er signifikant forskellige på et 0,05 niveau. Signifikante forskelle er angivet med hhv. "a" og "b". Hvis der ikke er signifikant forskel, er begge værdier i rækken markeret med "a".
Pearson Chi-Square: p=0,025

Table 3. Fordelingen af personer med/uden dansk CPR-nummer i hhv. kontrolgruppen og deltagergruppen.

	Kontrolgruppe			Deltagergruppe			Total	
	Adjusted Residual	Procent	Antal	Adjusted Residual	Procent	Antal	Procent	Antal
Dansk CPR	-2,3	89,1 %	604 ^a	2,3	92,7 %	623 ^b	90,9 %	1227
Ikke dansk CPR	2,3	10,9 %	74 ^a	-2,3	7,3 %	49 ^b	9,1 %	123
Total		100,0 %	678		100,0 %	672	100,0 %	1350

a,b: parvis sammenligning af kolonne-proportioner, der angiver, hvilke kolonner (for en given række), der er signifikant forskellige på et 0,05 niveau. Signifikante forskelle er angivet med hhv. "a" og "b". Hvis der ikke er signifikant forskel, er begge værdier i rækken markeret med "a".
Pearson Chi-Square: p=0,021

Table 4. Fordelingen af hovedkriminalitet i hhv. kontrolgruppen og deltagergruppen.

	Kontrolgruppe			Deltagergruppe			Total	
	Adjusted Residual	Procent	Antal	Adjusted Residual	Procent	Antal	Procent	Antal
Drab, vold, ildspåsættelse eller anden personfarlig kriminalitet	3,0	37,8 %	159 ^a	-3,0	28,0 %	117 ^b	32,9 %	276
Voldtægt eller anden seksualkriminalitet	-1,4	2,1 %	9 ^a	1,4	3,8 %	16 ^a	3,0 %	25
Narkokriminalitet	-2,4	15,7 %	66 ^a	2,4	22,2 %	93 ^b	19,0 %	159
Røveri, tyveri, hæleri eller anden berigelses-kriminalitet	-0,8	26,6 %	112 ^a	0,8	29,2 %	122 ^a	27,9 %	234
Færdselslovs-kriminalitet	1,1	5,5 %	23 ^a	-1,1	3,8 %	16 ^a	4,6 %	39
Andet og uoplyst	-0,2	12,4 %	52 ^a	0,2	12,9 %	54 ^a	12,6 %	106
Total		100,0 %	421		100,0 %	418	100,0 %	839

a,b: parvis sammenligning af kolonne-proportioner, der angiver, hvilke kolonner (for en given række), der er signifikant forskellige på et 0,05 niveau. Signifikante forskelle er angivet med hhv. "a" og "b". Hvis der ikke er signifikant forskel, er begge værdier i rækken markeret med "a".
Pearson Chi-Square: p=0,021

Bilag 11

Vægtning af data – deltagergruppe lig kontrolgruppe

Table 1. Sygdomsfordelingen i hhv. kontrolgruppe og deltagergruppe uden vægte.

	Kontrolgruppe		Deltagergruppe		Total	
	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal
Ingen betydende eller vedvarende somatiske sygdomme fundet	72,7 %	493	55,4 %	372	64,1 %	865
Indsatte har livskvalitetsforringende/funktionsnedsættende eller livstruende somatisk sygdom	27,3 %	185	44,6 %	300	35,9 %	485
Total	100,0 %	678	100,0 %	672	100,0 %	1350

Pearson Chi-Square: p=0,000

Table 2. Sygdomsfordelingen når deltagergruppen er vægtet, så den ligner kontrolgruppen mht. køn, alder og dansk/ikke dansk CPR-nummer. I parentes originalfordelingen uden vægte fra tabel 1.

	Kontrolgruppe		Deltagergruppe		Total	
	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal
Ingen betydende eller vedvarende somatiske sygdomme fundet	72,7 %	493	56,6 % (55,4 %)	375	64,7 %	868
Indsatte har livskvalitetsforringende/funktionsnedsættende eller livstruende somatisk sygdom	27,3 %	185	43,4 % (44,6 %)	288	35,3 %	473
Total	100,0 %	678	100,0 %	663	100,0 %	1341

Pearson Chi-Square: p=0,000

Table 3. Sygdomsfordelingen i hhv. kontrolgruppe og deltagergruppe uden vægte – kun afsonere.

	Kontrolgruppe		Deltagergruppe		Total	
	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal
Ingen betydende eller vedvarende somatiske sygdomme fundet	69,4 %	292	48,8 %	204	59,1 %	496
Indsatte har livskvalitetsforringende/funktionsnedsættende eller livstruende somatisk sygdom	30,6 %	129	51,2 %	214	40,9 %	343
Total	100,0 %	421	100,0 %	418	100,0 %	839

Pearson Chi-Square: p=0,000

Table 4. Sygdomsfordelingen når deltagergruppen er vægtet, så den ligner kontrolgruppen mht. hovedkriminalitet – kun afsonere. I parentes originalfordelingen uden vægte fra tabel 3.

	Kontrolgruppe		Deltagergruppe		Total	
	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal
Ingen betydende eller vedvarende somatiske sygdomme fundet	69,4 %	292	49,3 % (48,8 %)	206	59,4 %	498
Indsatte har livskvalitetsforringende/funktionsnedsættende eller livstruende somatisk sygdom	30,6 %	129	50,7 % (51,2 %)	212	40,6 %	341
Total	100,0 %	421	100,0 %	418	100,0 %	839

Pearson Chi-Square: p=0,000

Bilag 12

Sammenligneligheden af deltagergruppen, kontrolgruppen og alle indsatte i fængsler og arresthuse

Tabel 1. Aldersfordelingen i hhv. kontrolgruppen, deltagergruppen og blandt samtlige indsatte i fængsler og arresthuse.

	Kontrolgruppe		Deltagergruppe		Alle indsatte	
Under 20 år	10,5 %	71	7,1 %	48	7,5 %	828
20-29 år	43,1 %	292	43,0 %	289	40,2 %	4425
30-39 år	24,6 %	167	28,4 %	191	27,2 %	2999
40-49	17,0 %	115	16,1 %	108	17,1 %	1882
Over 49 år	4,9 %	33	5,4 %	36	7,9 %	872
Total	100,0 %	678	100,0 %	672	100,0 %	11006

Tabel 2. Kønsfordelingen i hhv. kontrolgruppen, deltagergruppen og blandt samtlige indsatte i fængsler og arresthuse.

	Kontrolgruppe		Deltagergruppe		Alle indsatte	
Mand	95,6 %	648	97,8 %	657	93,7 %	10316
Kvinde	4,4 %	30	2,2 %	15	6,3 %	699
Total	100,0 %	678	100,0 %	672	100,0 %	11015

Tabel 3. Fordelingen af personer med/uden dansk CPR i hhv. kontrolgruppen, deltagergruppen og blandt samtlige indsatte i fængsler og arresthuse.

	Kontrolgruppe		Deltagergruppe		Alle indsatte	
Dansk CPR	89,1 %	604	92,7 %	623	74,7 %	8226
Ikke dansk CPR	10,9 %	74	7,3 %	49	25,3 %	2789
Total	100,0 %	678	100,0 %	672	100,0 %	11015

Bilag 13

Vægtning af data - deltagergruppen og kontrolgruppen lig alle indsatte i fængsler og arresthuse

Tabel 1. Sygdomsfordelingen når både kontrolgruppe og deltagergruppe er vægtet, så de ligner alle indsatte mht. køn, alder og dansk/ikke dansk CPR-nummer. I parentes originalfordelingen uden vægte fra bilag 11, tabel 1.

	Kontrolgruppe		Deltagergruppe		Total	
Ingen betydende eller vedvarende somatiske sygdomme fundet	71,3 % (72,7 %)	483	53,7 % (55,4 %)	354	62,6 %	837
Insatte har livskvalitetsforringende/funktionsnedsættende eller livstruende somatisk sygdom	28,7 % (27,3 %)	194	46,3 % (44,6 %)	305	37,4 %	499
Total	100,0 %	677	100,0 %	659	100,0 %	1336

Pearson Chi-Square: p=0,000



Supplerende til kapitel 9 om helbredsundersøgelsernes effekt:

Bilag 14

Antal diagnoser pr. person pr. hovedgruppe. Fordelt på kontrolgruppe og deltagergruppe

	Kontrolgruppe			Deltagergruppe			Total		
	Gennemsnit	N	Std. afvigelse	Gennemsnit	N	Std. afvigelse	Gennemsnit	N	Std. afvigelse
Almen/uspec.	0,0575	678	0,25712	0,0848	672	0,30438	0,0711	1350	0,28186
Blod, lymfe & immun	0,0074	678	0,08562	0,0119	672	0,1215	0,0096	1350	0,10501
Fordøjelse	0,2434	678	0,68412	0,4152	672	0,80532	0,3289	1350	0,75156
Øje	0,0369	678	0,23085	0,0714	672	0,35919	0,0541	1350	0,30202
Øre	0,0324	678	0,19326	0,067	672	0,32754	0,0496	1350	0,26908
Hjerte-kar	0,0796	678	0,35579	0,1786	672	0,49222	0,1289	1350	0,43184
Muskel & skelet	0,6298	678	1,22991	1,4464	672	1,87145	1,0363	1350	1,63342
Nerver	0,1062	678	0,36532	0,2009	672	0,56983	0,1533	1350	0,48035
Psyisk	0,3245	678	0,66191	0,5878	672	0,97573	0,4556	1350	0,84307
Luftveje	0,1696	678	0,54011	0,3214	672	0,70613	0,2452	1350	0,6326
Hud	0,2788	678	0,64117	0,442	672	0,79841	0,36	1350	0,72805
Endokrin/metabol./ernær.	0,0605	678	0,26214	0,1324	672	0,40711	0,0963	1350	0,34383
Urinveje	0,0147	678	0,14304	0,0342	672	0,20505	0,0244	1350	0,17685
Svangerskab	0	678	0	0	672	0	0	1350	0
Kvindlige kønsorganer	0,0088	678	0,12121	0,0134	672	0,16774	0,0111	1350	0,1462
Mandlige kønsorganer	0,0767	678	0,33064	0,0938	672	0,38039	0,0852	1350	0,35625
Sociale prob.	0,0029	678	0,05427	0,006	672	0,09437	0,0044	1350	0,07688

ANOVA Table^a

			Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Almen/uspec. * type	Between Groups (Combined)		0,252	1	0,252	3,171	0,075
	Within Groups		106,922	1348	0,079		
	Total		107,173	1349			
Blod, lymfe & immun * type	Between Groups (Combined)		0,007	1	0,007	0,628	0,428
	Within Groups		14,868	1348	0,011		
	Total		14,875	1349			
Fordøjelse * type	Between Groups (Combined)		9,963	1	9,963	17,859	0,000
	Within Groups		752,010	1348	0,558		
	Total		761,973	1349			
Øje * type	Between Groups (Combined)		0,403	1	0,403	4,429	0,036
	Within Groups		122,650	1348	0,091		
	Total		123,053	1349			
Øre * type	Between Groups (Combined)		0,402	1	0,402	5,572	0,018
	Within Groups		97,273	1348	0,072		
	Total		97,675	1349			
Hjerte-kar * type	Between Groups (Combined)		3,303	1	3,303	17,933	0,000
	Within Groups		248,271	1348	0,184		
	Total		251,573	1349			
Muskel & skelet * type	Between Groups (Combined)		225,072	1	225,072	89,918	0,000
	Within Groups	3374,150	3374,150	1348	2,503		
	Total		3599,221	1349			
Nerver * type	Between Groups (Combined)		3,027	1	3,027	13,236	0,000
	Within Groups		308,233	1348	0,229		
	Total		311,260	1349			
Psykisk * type	Between Groups (Combined)		23,400	1	23,400	33,720	0,000
	Within Groups		935,434	1348	0,694		
	Total		958,833	1349			
Luftveje * type	Between Groups (Combined)		7,778	1	7,778	19,706	0,000
	Within Groups		532,066	1348	0,395		
	Total		539,844	1349			
Hud * type	Between Groups (Combined)		8,989	1	8,989	17,162	0,000
	Within Groups		706,051	1348	0,524		
	Total		715,040	1349			
Endokrin/metabol./ernær. * type	Between Groups (Combined)		1,748	1	1,748	14,939	0,000
	Within Groups		157,733	1348	0,117		
	Total		159,481	1349			
Urinveje * type	Between Groups (Combined)		0,128	1	0,128	4,103	0,043
	Within Groups		42,065	1348	0,031		
	Total		42,193	1349			
Kvindelige kønsorganer * type	Between Groups (Combined)		0,007	1	0,007	0,326	0,568
	Within Groups		28,826	1348	0,021		
	Total		28,833	1349			
Mandlige kønsorganer * type	Between Groups (Combined)		0,098	1	0,098	0,773	0,379
	Within Groups		171,106	1348	0,127		
	Total		171,204	1349			
Sociale prob. * type	Between Groups (Combined)		0,003	1	0,003	0,515	0,473
	Within Groups		7,970	1348	0,006		
	Total		7,973	1349			

a. No variance within groups - statistics for Svangerskab * type cannot be computed.

Bilag 15

De registrerede diagnosers placering i alvorlighedsindekset

Til projektet er samtlige af de registrerede ICPC-2 diagnoser vurderet på en alvorlighedsskala fra 1-5, hvor 5 er mest alvorlig. Hvordan hver enkelt diagnose er vurderet, kan ses i tabel 1 nedenfor. Klassificeringen baserer sig på den enkelte diagnoses alvorlighed i sig selv. Alvorligheden kan ændre sig i forhold til øvrige diagnoser personen måtte fejle, men denne relativitet er der altså ikke taget højde for i dette indeks.

Tabel 1. Alvorlighedsværdi for hver enkelt registreret diagnose

Diagnosens kode	Diagnosens navn	Diagnosens alvorlighed (1-5)
A01	Almen/udbredt smerte	4
A04	Almen svækkelse/træthed	4
A06	Besvimelse	2
A09	Svedproblem	1
A23	Risikofaktor IKA	3
A70	Tuberkulose	3
A77	Virusinfektion IKA	3
A78	Infektionssygdom IKA	3
A80	Skade IKA	3
A81	Multiple skader	3
A82	Følgetilstand efter skade	3
A84	Medicinforgiftning	3
A85	Medicinbivirkning	3
A86	Forgiftning med ikke-medicinsk stof	3
A87	Komplikation til lægelig behandling	3
A88	Skadevirkning af ydre fysisk faktor	3
A90	Medfødte misdannelser IKA/multiple	3
A92	Allergi/allergisk reaktion IKA	3
A96	Død	5
A99	Sygdom/tilstand af uspecifik natur/lokalisering	3
B28	Nedsat funktion/handicap vedr. blod/lymfe/immunsystem	3
B29	Symptom/klage vedr. lymfe/immunsystem	2
B74	Kræft i blod/lymfesystem IKA	5
B81	Vitamin B12-/folinsyremangelanæmi	2
B82	Uspecifik anæmi IKA	3
B83	Purpura/koagulationsdefekt	3
B90	HIV-infektion/AIDS	5
B99	Sygdom i blod/lymfe/milt/immunsystem IKA	3
D01	Udbredt/turevis smerte i abdomen	3
D02	Smerte i epigastriet	3
D03	Halsbrand	2
D04	Smerte i rectum/anus	3
D06	Lokaliseret smerte i abdomen IKA	3
D07	Dyspepsi/fordøjelsesbesvær	2
D09	Kvalme	2
D11	Diare	3
D12	Forstoppelse	2
D14	Blodopkastning	3
D15	Melæna	3
D16	Blødning fra endetarm	3
D18	Ændret afføringsmønster	2
D19	Symptom/klage fra tand/tandkød	2

Diagnosens kode	Diagnosens navn	Diagnosens alvorlighed (1-5)
D20	Symptom/klage fra mund/tunge/læbe	2
D21	Synkebesvær	2
D25	Udspilet abdomen	2
D28	Nedsat funktion/handicap vedr. fordøjelsessystem	3
D29	Symptom/klage fra fordøjelsessystem IKA	2
D70	Gastrointestinal infection	3
D72	Virushepatit	3
D73	Formodet infektiøs gastroenterit	2
D78	Godartet/uspecifik svulst i fordøjelsessystem	2
D79	Fremmedlegeme i fordøjelsessystem	2
D80	Skade på fordøjelsessystem IKA	3
D82	Sygdom i tand/tandkød	2
D83	Sygdom i mund/tunge/læbe	2
D84	Sygdom i spiserør	3
D85	Sår på tolvfingertarm	3
D86	Mavesår IKA	3
D87	Mavekatar	2
D88	Blindtarmsbetændelse	3
D89	Lyskebrok	3
D90	Hiatushernie	3
D91	Abdominalt brok IKA	3
D92	Divertikelsygdom i tarm	3
D93	Colon irritabile	3
D94	Kronisk enterit/ulcerøs kolit	4
D95	Analfissur/perianal abscess	3
D97	Leversygdom IKA	3
D98	Galdeblærebetændelse/galdesten	3
D99	Sygdom i fordøjelsessystem IKA	3
F01	Smerte i øje	2
F02	Rødt øje	2
F05	Synsklage IKA	3
F16	Symptom/klage fra øjenlåg	2
F28	Nedsat funktion/handicap vedr. øje	3
F29	Symptom/klage fra øje IKA	2
F70	Infektiøs konjunktivit	2
F71	Allergisk konjunktivit	2
F72	Øjenlågsbetændelse	2
F73	Infektion/inflammation i øje IKA	3
F75	Kontusion/blødning i øje/øjenomgivelser	3
F76	Fremmedlegeme i øje	2
F79	Øjenskade IKA	3
F82	Nethindeløsning	4
F83	Retinopati	4
F91	Refraktionsanomali	2
F94	Blindhed/svagsyn	4
F95	Skelen	2
F99	Sygdom i øje/øjenomgivelser IKA	2
H01	Øresmerte	2
H02	Symptom/klage vedr. hørelsen	2
H03	Tinnitus	2
H04	Øreflåd	2
H05	Blødning fra øre	2



Diagnosens kode	Diagnosens navn	Diagnosens alvorlighed (1-5)
H13	Klapfornemmelse for øre	2
H28	Nedsat funktion/handicap vedr. øre	3
H29	Symptom/klage fra øre IKA	2
H70	Betændelse i ydre øregang	2
H71	Akut mellemørebetændelse/myringit	3
H72	Serøs mellemørebetændelse	2
H73	Tillukning af eustakiske rør	2
H74	Kronisk mellemørebetændelse	3
H77	Perforation af trommehinde	3
H79	Øreskade IKA	3
H81	Voksprop i øregang	1
H82	Vertigosyndrom	2
H86	Døvhed	3
K01	Smerte i hjerte	4
K02	Trykken/knugen i hjerte	3
K04	Hjertebanken	2
K07	Ødem	2
K22	Risikofaktor for hjerte/karsygdom	3
K24	Frygt for hjertesygdom	2
K25	Frygt for forhøjet blodtryk	2
K27	Frygt for hjerte/karsygdom IKA	2
K28	Nedsat funktion/handicap vedr. hjerte/karsygdom	4
K29	Symptom/klage fra hjerte/karsystem IKA	2
K70	Infektion i hjerte/karsystem	4
K73	Medfødt misdannelse i hjerte/karsystem	4
K74	Iskæmisk hjertesygdom med angina pectoris	5
K76	Iskæmisk hjertesygdom uden angina pectoris	4
K77	Hjertesvigt	5
K78	Atrieflimren/flagren	3
K79	Anfaldsvis takykardi	3
K80	Hjerterytmeforstyrrelse IKA	3
K83	Hjerteklapsygdom IKA	4
K84	Hjertesygdom IKA	3
K85	Forhøjet blodtryk	3
K86	Ukompliceret hypertension	2
K88	Ortostatisk hypotension	3
K89	Transitorisk cerebral iskæmi	4
K90	Apopleksi	5
K91	Cerebrovaskulær sygdom	4
K92	Aterosklerose/perifer karsygdom	4
K93	Lungeemboli	5
K94	Årebetændelse	2
K95	Åreknude på ben	3
K96	Hæmoride	2
K99	Kredsløbssygdom IKA	4
L01	Symptom/klage fra cervikalregion	2
L02	Symptom/klage fra ryg	2
L03	Symptom/klage fra lænd	2
L04	Symptom/klage fra brystkasse	2
L05	Symptom/klage fra flanke/armhule	2
L07	Symptom/klage fra kæbe	2
L08	Symptom/klage fra skulder	2

Diagnosens kode	Diagnosens navn	Diagnosens alvorlighed (1-5)
L09	Symptom/klage fra arm	2
L10	Symptom/klage fra albue	2
L11	Symptom/klage fra håndled	2
L12	Symptom/klage fra hånd/finger	2
L13	Symptom/klage fra hofte	2
L14	Symptom/klage fra lår/underben	2
L15	Symptom/klage fra knæ	2
L16	Symptom/klage fra ankel	2
L17	Symptom/klage fra fod/tå	2
L18	Muskelsmerte	2
L19	Symptom/klage fra muskel IKA	2
L20	Symptom/klage fra led IKA	2
L27	Frygt for sygdom i muskel/skeletsystem IKA	2
L28	Nedsat funktion/handicap vedr. muskel/skeletsystem	3
L29	Symptom/klage fra muskel/skeletsystem IKA	2
L70	Infektion i muskel/skeletsystem	3
L72	Fraktur af underarm	3
L73	Fraktur af underben	3
L74	Fraktur i hånd/fod	3
L75	Fraktur af lårben	3
L76	Fraktur IKA	3
L77	Forstuvning af ankel	2
L78	Forstuvning af knæ	2
L79	Forstuvning af led IKA	2
L80	Luksation/subluksation	3
L81	Skade på muskel/skeletsystem IKA	3
L82	Medfødt misdannelse i muskel/skeletsystem	3
L83	Cervikalsyndrom	3
L84	Ryg syndrom uden smerteudstråling	2
L85	Erhvervet rygdeformitet	3
L86	Ryg syndrom med smerteudstråling	3
L87	Bursit/tendinit/synovit IKA	3
L88	Reumatoid artrit	4
L89	Artrose i hofteled	3
L90	Artrose i knæ	3
L91	Artrose IKA	3
L92	Skulderyndrom	2
L93	Tennisalbue	3
L94	Osteokondrose	3
L95	Osteoporose	3
L96	Akut indre knæskade	3
L97	Godartet/uspecifik svulst i muskel/skeletsystem	2
L98	Erhvervet deformitet af ekstremitet	3
L99	Sygdom i muskel/skeletsystem IKA	3
N01	Hovedpine	2
N03	Ansigtssmerte	2
N04	Raskløse ben	2
N05	Paræstesi	2
N06	Føleforstyrrelse IKA	2
N07	Krampeanfald	3
N08	Abnorm ufrivillig bevægelse	3
N16	Forstyrrelse af lugte/smagssans	2



Diagnosens kode	Diagnosens navn	Diagnosens alvorlighed (1-5)
N17	Svimmelhed	2
N18	Lammelse	3
N27	Frygt for neurologisk sygdom IKA	2
N28	Nedsat funktion/handicap vedr. nervesystem	3
N29	Symptom/klage fra nervesystem IKA	2
N71	Meningit/encefalit	4
N75	Godartet svulst i nervesystem	3
N79	Hjernerystelse	2
N80	Hjernelæsion IKA	4
N81	Skade på nervesystem IKA	3
N85	Medfødt misdannelse i nervesystem	3
N88	Epilepsi	3
N89	Migræne	3
N90	Hortons hovedpine	3
N91	Facialisparese	2
N93	Karpaltunnelsyndrom	3
N94	Perifer neuropati	3
N95	Spændingshovedpine	2
N99	Neurologisk sygdom IKA	3
P01	Angst/nervøsitet/anspændthed	3
P02	Akut belastningsreaktion	3
P03	Nedtrykthed	4
P04	Irritabel/vredladet følelse/adfærd	3
P06	Søvnforstyrrelse	2
P09	Bekymring vedr seksuel afvigelse	2
P15	Kronisk alkoholmisbrug	3
P16	Akut alkoholforgiftning	4
P17	Tobaksmisbrug	2
P18	Medicinisbrug	3
P19	Stofmisbrug	3
P20	Hukommelsessvigt	3
P27	Frygt for psykisk sygdom	2
P29	Psykisk symptom/klage IKA	2
P71	Organisk psykose IKA	5
P72	Skizofreni	5
P73	Maniodepressiv psykose	5
P74	Angsttilstand	3
P75	Somatoform forstyrrelse	4
P76	Depression	4
P77	Selv mord/selv mordsforsøg	4
P79	Fobisk/obsessiv/kompulsiv tilstand	3
P80	Personlighedsforstyrrelse	3
P81	Hyperkinetisk forstyrrelse	3
P82	Posttraumatisk belastningsreaktion	3
P85	Mental retardering	3
P98	Psykose IKA	5
P99	Psykisk sygdom IKA	3
R01	Smerte fra luftveje	2
R02	Åndenød	2
R03	Piben/hvæsen i bryst	2
R04	Vejrtrækningsproblem IKA	2
R05	Hoste	2

Diagnosens kode	Diagnosens navn	Diagnosens alvorlighed (1-5)
R06	Næseblødning	2
R07	Snue/nysen	2
R08	Symptom/klage fra næse IKA	2
R09	Symptom/klage fra bihule	2
R21	Symptom/klage fra svælg	2
R23	Stemmeændring/hæshed	2
R24	Blødopspytning	3
R27	Frygt for luftvejssygdom IKA	2
R29	Symptom/klage fra luftveje IKA	2
R74	Akut øvre luftvejsinfektion	3
R75	Akut/kronisk bihulebetændelse	3
R76	Akut tonsillit	3
R78	Akut bronkit/bronkiolit	3
R79	Kronisk bronkit	3
R80	Influenza	2
R81	Lungebetændelse	3
R83	Infektion i luftveje IKA	3
R84	Kræft i bronkie/lunge	5
R86	Godartet svulst i luftveje	2
R88	Skade på luftveje IKA	3
R89	Medfødt misdannelse i luftveje	3
R90	Hypertrofi af tonsiller/polypper	2
R92	Uspecifik svulst i luftveje	3
R95	Kronisk obstruktiv lungesygdom	3
R96	Astma	3
R97	Høfeber	2
R98	Hyperventilation	2
R99	Luftvejssygdom IKA	3
S01	Smerte/ømhed i hud	2
S02	Kløe	2
S03	Vorte	1
S04	Lokal knude/fortykkelse i hud	2
S05	Udbredte knuder/fortykkelser i hud	2
S06	Lokaliseret udslæt	2
S07	Generaliseret udslæt	3
S08	Ændret hudfarve	1
S09	Infektion i finger/tå	2
S10	Byld i hud	2
S11	Posttraumatisk hudinfektion	2
S12	Insektstik	2
S13	Bid af dyr/menneske	2
S14	Forbrænding/skoldning	2
S15	Fremmedlegeme i hud	2
S16	Læsion/kontusion med intakt hud	2
S17	Overfladisk hudlæsion/hudafskrabning	2
S18	Laceration/snitsår	2
S19	Skade på hud IKA	2
S20	Hård hud/ligtorn	1
S21	Symptom/klage vedr hudforandring	2
S22	Symptom/klage fra negl	1
S23	Hårtab/skaldethed	1
S24	Symptom/klage fra hår/hovedbund	1

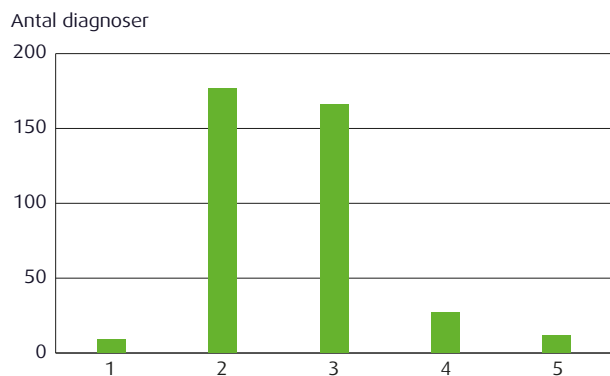


Diagnosens kode	Diagnosens navn	Diagnosens alvorlighed (1-5)
S29	Symptom/klage fra hud IKA	2
S70	Herpes zoster	3
S71	Herpes simplex-infektion	2
S72	Scabies	2
S74	Hudsvamp	2
S75	Candida-infektion i hud	2
S76	Infektion i hud IKA	2
S77	Hudkræft	4
S78	Lipom i hud	2
S79	Godartet/uspecifik svulst i hud IKA	2
S80	Solskoldning/aktinisk keratose	2
S82	Modermærke	2
S85	Pilonidalcyste/-fistel	3
S86	Seborisk dermatit	2
S87	Atopisk dermatit	3
S88	Allergisk/toksisk kontaktdermatit	3
S91	Psoriasis	3
S92	Svedkirtelsygdom	2
S93	Aterom	2
S94	Nedgroet negl	2
S96	Akne	2
S98	Nældefeber	2
S99	Hudsygdom IKA	3
T02	Overdreven appetit	1
T05	Ernæringsproblem hos voksen	3
T08	Abnormt vægttab	3
T27	Frygt for endokrin/metabolisk sygdom IKA	2
T28	Nedsat funktion/handicap vedr endokrin/metabol sgd	3
T29	Sympt/klage vedr endokrine/metabol/ern forhold IKA	3
T73	Svulst i endokrine system IKA	3
T81	Struma	3
T82	Fedme	2
T83	Overvægt	2
T85	Tyrotoksikose	3
T86	Myksødem	3
T89	Diabetes type 1	4
T90	Diabetes type 2	3
T91	Mangel på vitamin/ernæring	2
T92	Urinsur gigt	3
T93	Lipidforstyrrelse	2
T99	Sygdom vedr endokrine/metaboliske/ern forhold IKA	3
U01	Smerte ved vandladning	2
U02	Hypig vandladning	2
U04	Urininkontinens	2
U06	Blod i urin	2
U07	Symptom/klage vedr urin IKA	2
U13	Symptom/klage fra urinblære IKA	2
U14	Symptom/klage fra nyre	2
U28	Nedsat funktion/handicap vedr urinveje	3
U29	Symptom/klage fra urinveje IKA	2
U70	Nyrebækkenbetændelse	3
U71	Blærebetændelse/urinvejsinfektion IKA	3

Diagnosens kode	Diagnosens navn	Diagnosens alvorlighed (1-5)
U72	Urinrørsbetændelse	3
U95	Urinvejssten	3
U99	Urinvejssygdom IKA	3
X02	Menstruationssmerte	2
X05	Manglende/sparsom menstruation	2
X07	Uregelmæssig/hyppig menstruation	2
X14	Udflåd fra vagina	2
X16	Symptom/klage fra vulva	2
X17	Symptom/klage fra underliv hos kvinde	2
X19	Knude i mamma hos kvinde	3
X74	Underlivsbetændelse	3
X86	Abnorm cytologisk prøve fra livmoderhals	3
X92	Chlamydia-infektion i kønsorgan hos kvinde	3
X99	Sygdom i kønsorgan hos kvinde IKA	3
Y02	Smerte i testikel/pung	2
Y04	Symptom/klage fra penis IKA	2
Y05	Symptom/klage fra testikel/pung IKA	2
Y06	Symptom/klage fra prostata	2
Y07	Erektiv dysfunktion	2
Y08	Symptom/klage vedr seksuel funktion hos mand IKA	2
Y16	Symptom/klage fra mamma hos mand	2
Y25	Frygt for seksuelt overført sygdom hos mand	2
Y28	Nedsat funktion/handicap vedr kønsorgan hos mand	2
Y71	Gonore hos mand	3
Y72	Herpes genitalis hos mand	3
Y73	Betændelse i prostata/sædblære	3
Y74	Betændelse i testikel/bitestikel	3
Y75	Forhudsbetændelse	2
Y76	Kondylom hos mand	2
Y77	Kræft i prostate	4
Y78	Kræft i kønsorgan hos mand IKA	5
Y79	Godartet/uspecifik svulst i kønsorgan hos mand	2
Y80	Skade på kønsorgan hos mand	3
Y83	Retentio testis	2
Y85	Prostatahypertrofi	3
Y99	Sygdom i kønsorgan hos mand IKA	3
Z05	Problem vedr. arbejde	3
Z21	Adfærdsproblem hos forældre/familiemedlem	3
Z25	Problem vedr. vold/traumatisk oplevelse	3
Z29	Socialt problem IKA	3

Figur 1 nedenfor viser, hvor mange diagnoser, der er vurderet til hhv. 1-5 i alvorlighedsindekset. Kun diagnoser, der optræder mindst én gang i enten kontrolgruppen eller tre-månedersskemaet vedr. deltagergruppen, er medtaget.

Figur 1. Antal diagnoser vurderet til hhv. 1-5 i alvorlighedsindekset. Kun diagnoser der forekommer mindst én gang i enten deltager- eller kontrolgruppen



Figuren viser, at der i alt forekommer 391 forskellige diagnoser hos de indsatte i kontrol- og deltagergruppen. Af disse er 177 sat til alvorlighed 2 og 166 har alvorlighedsgrad 3. Dette svarer til 88 pct. af alle diagnoserne.

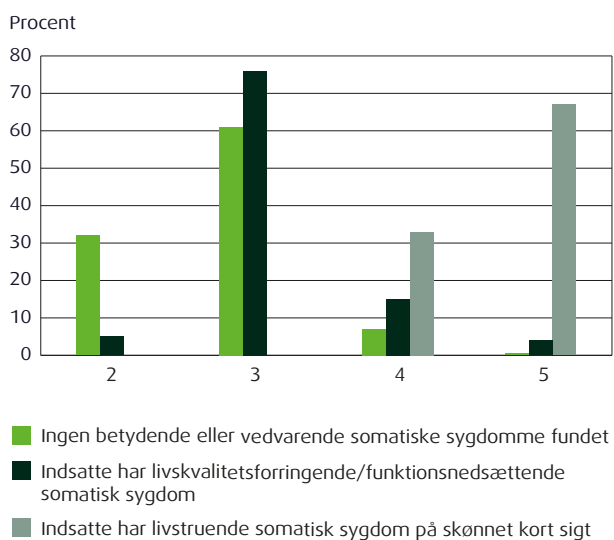
Bilag 16

Sammenhæng mellem lægernes konklusion og alvorlighedsindekset

Figur 1 nedenfor viser, hvor mange procent, der har en diagnose med alvorlighedsgrad 2, 3, 4 eller 5 som den højeste (ingen personer har en alvorlighedsgrad 1 som den alvorligste diagnose) inden for hver af lægernes tre kategorier (ikke betydende syg, livskvalitetsforringende syg og livstruende syg).

Både kontrolgruppen og deltagergruppen er inkluderet i figuren, da fokus her ikke er på forskelle imellem de to grupper men på sammenhængen mellem lægernes vurderinger og projektets alvorlighedsindeks.

Figur 1. Sammenhæng mellem højeste alvorlighedsværdi og projektlægernes konklusion. Kun personer med mindst en diagnose.



I figuren summerer hver af de tre konklusionskategorier, som lægerne har til rådighed, op til 100 pct. For eksempel viser det sig, at for dem lægerne har vurderet som livstruende syge, har alle en 4 eller 5 diagnose som den alvorligste. Det betyder, at dem, lægerne placerer i den alvorligste gruppe, også har nogle diagnoser, der i indekset er klassificeret mest alvorligt.

For den gruppe, som lægerne har vurderet til at have livskvalitetsforringende sygdom gælder det, at langt hovedparten, nemlig 76 pct., har en 3'er som den alvorligste diagnose. Dette viser også en god overensstemmelse mellem lægernes vurdering og projektets indeks.

Endelig er der den gruppe, som lægerne har vurderet til ikke at have nogen betydende eller vedvarende somatiske sygdomme. Her ses det, at den alvorligste diagnose, der er stillet, i 92 pct. af alle tilfældene er enten en 2'er eller 3'er. Dog er der også 7 pct., der er klassificeret til 4, og 1 pct. der er klassificeret til 5. Dette svarer til hhv. 41 sager og 4 sager. Alle disse registreringer er gennemgået for at få et billede af, hvad den umiddelbare uoverensstemmelse mellem indekset og lægernes vurdering kan skyldes. Det viser sig, at personerne med en 5'er diagnose alle findes i kontrolgruppen, og at det mere konkret handler om en, der begik selvmord og tre personer, der blev fundet lidende af sindssygdomme. De øvrige 41 personer med en diagnose 4 som den højeste kommer fra både deltagergruppen og kontrolgruppen. De konkrete lidelser er i 21 tilfælde depression, i fem tilfælde selvmordsforsøg, fem har formodet hjertekredsløbslidelser, tre hudkræft, to med skader på hjerne, to med funktionelle lidelser, der ikke kan tilskrives veldefineret somatisk lidelse, og i tre tilfælde er der tale om enten type 1 sukkersyge, kronisk leddegigt eller øjenssygdom.

I 32 af de 45 konkrete sager, svarende til mere end 70 pct., er der altså tale om, at det er en diagnose, der i ICPC-2 kodekortet er defineret som en psykisk lidelse, der afstedkommer den høje alvorlighedsværdi. For disse personer kan forklaringen derfor være, at det netop er en psykiatrisk diagnose, der bidrager med den høje alvorlighedsgrad, mens lægerne konkluderer på, hvilken kategori han skønner, er omfattende for indsatte *somatiske* helbredstilstand (Jf. formuleringen i projektets registreringsskema). At der derudover også findes 13 somatiske lidelser, der ikke afstedkommer en mere alvorlig vurdering fra lægernes side, kan skyldes, at nogle sygdomme potentielt set kan være meget alvorlige, men at deres reelle alvorlighedsgrad kan variere alt efter hvilken konkret underdiagnose og udbredelse, der i øvrigt er tale om.

Generelt må der dog siges at være god overensstemmelse mellem indekseværdierne og lægernes samlede helbredsbedømmelser.



Bilag 17

Enkeltdiagnoser der er fundet signifikant flere af i deltagergruppen sammenlignet med kontrolgruppen. Sorteret efter hovedgruppe.

Diagnosekode og navn	Alvorligheds-værdi	Forekomst kontrolgruppe Procent	Forekomst kontrolgruppe Antal	Forekomst deltagergruppe Procent	Forekomst deltagergruppe Antal
A92 Allergi/allergisk reaktion IKA	3	0,3 %	2	2,8 %	19
D70 Gastrointestinal infection	3	0,7 %	5	1,9 %	13
D72 Virushepatit	3	3,0 %	20	5,4 %	36
D82 Sygdom i tand/tandkød	2	5,2 %	35	12,1 %	81
D84 Sygdom i spiserør	3	0,3 %	2	1,8 %	12
K84 Hjertesygdom IKA	3	0,4 %	3	2,1 %	14
K85 Forhøjet blodtryk	3	0,7 %	5	2,1 %	14
K86 Ukompliceret hypertension	2	0,2 %	1	3,6 %	24
K96 Hæmoride	2	0,4 %	3	2,2 %	15
L01 Symptom/klage fra cervikalregion	2	1,5 %	10	4,5 %	30
L02 Symptom/klage fra ryg	2	6,3 %	43	11,5 %	77
L04 Symptom/klage fra brystkasse	2	1,5 %	10	3,6 %	24
L08 Symptom/klage fra skulder	2	5,6 %	38	7,6 %	51
L09 Symptom/klage fra arm	2	1,0 %	7	3,1 %	21
L10 Symptom/klage fra albue	2	0,7 %	5	1,9 %	13
L11 Symptom/klage fra håndled	2	1,3 %	9	4,0 %	27
L12 Symptom/klage fra hånd/finger	2	3,4 %	23	9,7 %	65
L13 Symptom/klage fra hofte	2	0,6 %	4	2,4 %	16
L14 Symptom/klage fra lår/underben	2	1,0 %	7	4,5 %	30
L15 Symptom/klage fra knæ	2	3,0 %	20	7,3 %	49
L16 Symptom/klage fra ankel	2	1,8 %	12	3,9 %	26
L17 Symptom/klage fra fod/tå	2	2,2 %	15	4,5 %	30
L19 Symptom/klage fra muskel IKA	2	0,3 %	2	1,5 %	10
L28 Nedsat funktion/handicap vedr. muskel/skeletsystem	3	0,9 %	6	2,4 %	16
L29 Symptom/klage fra muskel/skelet-system IKA	2	1,0 %	7	3,6 %	24
L72 Fraktur af underarm	3	0,2 %	1	3,0 %	20
L73 Fraktur af underben	3	0,0 %	0	1,9 %	13
L74 Fraktur i hånd/fod	3	1,9 %	13	6,6 %	44
L76 Fraktur IKA	3	1,0 %	7	4,0 %	27
L78 Forstuvning af knæ	2	0,6 %	4	1,9 %	13
L79 Forstuvning af led IKA	2	0,4 %	3	1,9 %	13
L81 Skade på muskel/skeletsystem IKA	3	4,9 %	33	8,0 %	54
L83 Cervikalsyndrom	3	1,2 %	8	3,7 %	25
L84 Rygsyndrom uden smerteudstråling	2	4,9 %	33	7,0 %	47
L86 Rygsyndrom med smerteudstråling	3	0,9 %	6	2,8 %	19
L87 Bursit/tendinit/synovit IKA	3	2,7 %	18	4,2 %	28
L90 Artrose i knæ	3	0,4 %	3	1,5 %	10
L91 Artrose IKA	3	0,3 %	2	1,3 %	9
L94 Osteokondrose	3	0,3 %	2	1,5 %	10
N80 Hjernelæsion IKA	4	0,3 %	2	2,4 %	16
N81 Skade på nervesystem IKA	3	0,3 %	2	1,8 %	12

Diagnosekode og navn	Alvorligheds- værdi	Forekomst kontrolgruppe Procent	Forekomst kontrolgruppe Antal	Forekomst deltagergruppe Procent	Forekomst deltagergruppe Antal
P15 Kronisk alkoholmisbrug	3	3,2 %	22	4,9 %	33
P17 Tobaksmisbrug	2	0,9 %	6	6,7 %	45
P19 Stofmisbrug	3	11,1 %	75	19,8 %	133
P81 Hyperkinetisk forstyrrelse	3	3,7 %	25	7,9 %	53
R08 Symptom/klage fra næse IKA	2	1,0 %	7	3,3 %	22
R79 Kronisk bronkit	3	0,6 %	4	1,9 %	13
R88 Skade på luftveje IKA	3	0,7 %	5	2,2 %	15
R95 Kronisk obstruktiv lungesygdom	3	0,7 %	5	1,9 %	13
R96 Astma	3	3,0 %	20	9,1 %	61
R97 Høfeber	2	2,8 %	19	6,0 %	40
S04 Lokal knude/fortykkelse i hud	2	0,3 %	2	1,8 %	12
S22 Symptom/klage fra negl	1	0,6 %	4	2,1 %	14
S74 Hudsvamp	2	1,8 %	12	4,5 %	30
S96 Akne	2	2,4 %	16	4,3 %	29
T08 Abnormt vægttab	3	0,2 %	1	1,5 %	10
T82 Fedme	2	0,6 %	4	1,9 %	13
T83 Overvægt	2	0,2 %	1	1,5 %	10



Supplerende til kapitel 10 om resultatet af sygeplejerskernes screening:

Bilag 18

Sammenhængen mellem lægernes og sygeplejerskernes konklusion. Eksklusiv Arresthuset i Århus.

Lægernes konklusion	Sygeplejerskernes konklusion							
	Skal ikke ses af læge		Skal ses af læge, men ikke akut		Skal ses akut af læge		Total	
	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal
Skal ikke ses af læge	68,9 %	146	29,7 %	63	1,4 %	3	100,0 %	212
Skal ses af læge, men ikke akut	29,9 %	89	69,1 %	206	1,0 %	3	100,0 %	298
Skal ses akut af læge	6,7 %	1	33,3 %	5	60,0 %	9	100,0 %	15
Total	45,0 %	236	52,2 %	274	2,9 %	15	100,0 %	525

Pearson Chi-Square: p=0,000

Bilag 19

Output faktoranalyse, sygeplejerskernes screeningskema.

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		0,659
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	1826,985
	df	276,000
	Sig.	0,000

Communalities

	Initial	Extraction
Indsattes køn	1,000	0,538
Indsattes alder ved screening	1,000	0,527
bmi_sp	1,000	0,470
Tjenestested	1,000	0,575
SP Hvor er vedkommende indsat fra?	1,000	0,526
SP Hvad er indsattes aktuelle status?	1,000	0,588
bt1_sp	1,000	0,606
bt2_sp	1,000	0,649
SP lægeordineret medicin efter indsættelse og/eller de seneste tre måneder forud for denne	1,000	0,523
q20_kroniske_lidelser_sp	1,000	0,638
q21_overfølsomhedsgener_sp	1,000	0,479
q22_stoffer_medicin_sp	1,000	0,523
q25_alkohol_dagligt_sp	1,000	0,694
q30_8_generfra_hud_hår_negle_sp	1,000	0,570
q28_betændelsessygdomme_sp	1,000	0,441
q30_1_generfra_tænder_mund_svælg_mv_sp	1,000	0,378
q30_2_generfra_lunger_hjerte_kredsløb_sp	1,000	0,414
q30_3_generfra_nyrer_blære_kønsorg_sp	1,000	0,439
q30_4_generfra_bevægeapp_led_knogler_mv_sp	1,000	0,658
q30_5_generfra_tidligere_skader_sp	1,000	0,611
q30_6_generfra_nervesystem_sp	1,000	0,444
q30_7_generfra_øjne_ører_sp	1,000	0,497
q32_tidl_oplysninger_fra_læge_sp	1,000	0,351
q34_tolk_sp	1,000	0,654

Extraction Method: Principal Component Analysis.



Component	Total Variance Explained								
	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	2,738	11,407	11,407	2,738	11,407	11,407	2,144	8,932	8,932
2	2,149	8,955	20,362	2,149	8,955	20,362	1,881	7,837	16,769
3	1,782	7,427	27,789	1,782	7,427	27,789	1,613	6,723	23,492
4	1,526	6,357	34,146	1,526	6,357	34,146	1,548	6,448	29,940
5	1,235	5,147	39,294	1,235	5,147	39,294	1,518	6,326	36,265
6	1,209	5,039	44,332	1,209	5,039	44,332	1,474	6,143	42,408
7	1,130	4,708	49,040	1,130	4,708	49,040	1,385	5,772	48,180
8	1,024	4,266	53,306	1,024	4,266	53,306	1,230	5,126	53,306
9	0,977	4,069	57,376						
10	0,960	3,998	61,374						
11	0,935	3,897	65,271						
12	0,864	3,601	68,872						
13	0,823	3,429	72,301						
14	0,766	3,191	75,492						
15	0,764	3,184	78,676						
16	0,741	3,086	81,762						
17	0,698	2,909	84,672						
18	0,624	2,599	87,271						
19	0,597	2,489	89,760						
20	0,566	2,356	92,116						
21	0,542	2,258	94,374						
22	0,508	2,115	96,490						
23	0,475	1,981	98,470						
24	0,367	1,530	100,000						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotated Component Matrix ^a	Component							
	1	2	3	4	5	6	7	8
bt2_sp (diastolisk)	0,795							
bt1_sp (systolisk)	0,721							
alder_ved_screening	0,642							
bmi_sp	0,550							
q3_tjenestested_sp		0,723						
q9_status_sp		0,652						
q7_indsat_fra_sp		0,608						
q32_tidl_oplysninger_fra_læge_sp		0,491						
q30_5_generfra_tidligere_skader_sp			0,754					
q30_4_generfra_bevægeapp_led_knogler_mv_sp			0,737					
q20_kroniske_lidelser_sp				0,662				
q28_betændelsessygdomme_sp				0,623				
q19_lægeord_medicin_sp		0,416		0,492				
q22_stoffer_medicin_sp				0,421				
q30_7_generfra_øjne_ører_sp					0,594			
q30_1_generfra_tænder_mund_svælg_mv_sp					0,573			
q30_6_generfra_nervesystem_sp					0,536			
q30_2_generfra_lunger_hjerte_kredsløb_sp					0,444			
q34_tolk_sp						0,758		
køn						0,676		
q30_8_generfra_hud_hår_negle_sp							0,745	
q21_overfølsomhedsgener_sp							0,646	
q30_3_generfra_nyrer_blære_kønsorg_sp							0,401	
q25_alkohol_dagligt_sp								0,806

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 7 iterations.

Bilag 20

Slutmodel logistisk regressionsanalyse af sygeplejerskernes type I fejl

Analyseforløb: der udvælges surrogatvariable fra faktoranalysen til regressionsanalysen. Som udgangspunkt er den variabel med den højeste loading inden for hver af dimensionerne valgt. Dog medtages en underliggende variabel også i regressionen, hvis korrelationen mellem de forskellige variable i dimensionen er $< 0,2$.

Variablerne ekskluderes i denne rækkefølge: q34_tolk_sp, bt2_sp, q30_8_generfra_hud_hår_negle_sp, q30_2_generfra_lunger_hjerte_kredsløb_sp, q30_1_generfra_tænder_mund_svælg_mv_sp, q30_5_generfra_tidligere_skader_sp, q30_7_generfra_øjne_ører_sp, q20_kroniske_lidelser_sp, q30_3_generfra_nyrer_blære_kønsorg_sp

Variables in the Equation

Step 10a	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
q3_tjenestested_sp			10,621	3	0,014			
q3_tjenestested_sp(1)	0,347	0,436	0,632	1	0,427	1,415	0,602	3,327
q3_tjenestested_sp(2)	0,903	0,304	8,812	1	0,003	2,467	1,359	4,479
q3_tjenestested_sp(3)	0,179	0,304	0,348	1	0,555	1,197	0,659	2,172
q30_6_generfra_nervesystem_sp	0,558	0,243	5,259	1	0,022	1,747	1,084	2,815
q25_alkohol_dagligt_sp	0,631	0,281	5,041	1	0,025	1,879	1,083	3,260
Constant	-2,147	0,258	69,440	1	0,000	0,117		

Bilag 21

Slutmodel logistisk regressionsanalyse af sygeplejerskernes type II fejl

Analyseforløb: der udvælges surrogatvariable fra faktoranalysen til regressionsanalysen. Som udgangspunkt er den variabel med den højeste loading inden for hver af dimensionerne valgt. Dog medtages en underliggende variabel også i regressionen, hvis korrelationen mellem de forskellige variable i dimensionen er $< 0,2$.

Variablerne ekskluderes i denne rækkefølge: bt2_sp, q20_kroniske_lidelser_sp, q30_5_generfra_tidligere_skader_sp, q30_7_generfra_øjne_ører_sp, q25_alkohol_dagligt_sp, q30_3_generfra_nyrer_blære_kønsorg_sp, q30_2_generfra_lunger_hjerte_kredsløb_sp, q34_tolk_sp, q3_tjenestested_sp

Variables in the Equation

Step 10a	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
q30_6_generfra_nervesystem_sp	-0,652	0,322	4,105	1	0,043	0,521	0,277	0,979
q30_1_generfra_tænder_mund_svælg_mv_sp	-0,571	0,251	5,191	1	0,023	0,565	0,346	0,923
q30_8_generfra_hud_hår_negle_sp	-0,641	0,344	3,468	1	0,063	0,527	0,268	1,034
Constant	-1,126	0,152	55,111	1	0,000	0,324		

Bilag 22

Slutmodel logistisk regressionsanalyse af sygeplejerskernes korrekte vurdering

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	767,391 ^a	0,017	0,024
2	767,420 ^a	0,017	0,024
3	767,463 ^a	0,017	0,024
4	767,542 ^a	0,017	0,024
5	767,637 ^a	0,017	0,024
6	767,802 ^a	0,016	0,023
7	768,231 ^a	0,016	0,022
8	768,582 ^a	0,015	0,022
9	771,206 ^a	0,011	0,016
10	771,794 ^a	0,01	0,014
11	773,135 ^a	0,008	0,012
12	774,740 ^a	0,006	0,008
13	778,323 ^b	0,000	0,000

a. Estimation terminated at iteration number 4 because parameter estimates changed by less than ,001.

b. Estimation terminated at iteration number 3 because parameter estimates changed by less than ,001.

Hosmer and Lemeshow Test

Step	Chi-square	df	Sig.
1	1,030	8	0,998
2	1,333	8	0,995
3	2,471	8	0,963
4	5,351	8	0,719
5	4,911	8	0,767
6	3,093	8	0,928
7	11,431	7	0,121
8	8,432	6	0,208
9	0,489	4	0,975
10	2,313	4	0,678
11	0,261	2	0,878
12	0,000	0	.
13	0,000	0	.

Variables in the Equation

Step 13 ^a	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Constant	0,836	0,086	93,631	1	0,000	2,307		



Bilag 23

Andelen af korrekt vurderede, type I og type II fejl. Fordelt på tjenestested

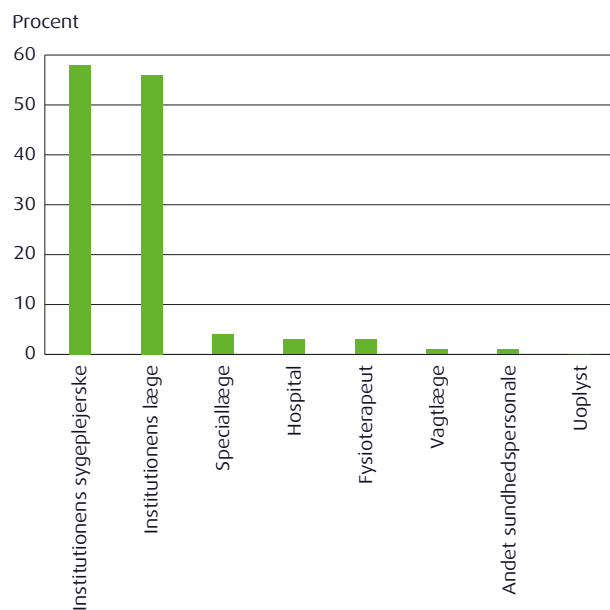
	Tjenestested												Total	
	Arresthuset i Slagelse			Arresthuset i Århus			Statsfængslet på Søbysøgård			Statsfængslet Østjylland				
Sygeplejerskernes konklusion	Adjusted Residual	% indenfor tjenestested	Antal	Adjusted Residual	% indenfor tjenestested	Antal	Adjusted Residual	% indenfor tjenestested	Antal	Adjusted Residual	% indenfor tjenestested	Antal	Procent	Antal
Korrekt vurdering	-1,1	64,9 %	61	-0,6	67,6 %	100	0,0	69,7 %	163	1,4	73,6 %	145	69,7 %	469
Type I fejl	-1,0	11,7 %	11	3,7	25,0 %	37	-0,9	13,7 %	32	-1,7	11,7 %	23	15,3 %	103
Type II fejl	2,5	23,4 %	22	-2,9	7,4 %	11	0,9	16,7 %	39	-0,1	14,7 %	29	15,0 %	101
Total		100,0 %	94		100,0 %	148		100,0 %	234		100,0 %	197	100,0 %	673

Pearson Chi-Square: p=0,001

Supplerende til kapitel 12 om afsluttende bemærkninger og anbefalinger:

Bilag 24

Andelen af indsatte i kontrolgruppen, der har kontakt til sundhedspersonalet under en given indsættelse





Direktoratet for Kriminalforsorgen
Strandgade 100
1401 København K
Telefon 72 55 55 55
dfk@kriminalforsorgen.dk