
Screening for psykiatrisk lidelse blant fengselsinnsatte

TEMA

TOR GAMMAN

Fengselshelsetjenesten
Kristiansand kommune

OLAV M. LINAER

Psykiatrisk Institutt
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
7441 Trondheim

Fengselsinnsatte har ofte psykiatrisk sykdom, og helsetjenestene er ofte underdimensjonert. Metoder som kan bidra til at man retter innsatsen mot dem med alvorlige helseproblemer vil være nyttige. Generell Symptomindeks (GSI) for Symptom Check List-90 (SCL-90) har vært et egnet screeninginstrument i andre populasjoner.

Vi bad fortløpende alle innsatte i Kristiansand kretsfengsel om å delta i studien. Av 206 innsatte deltok 187 (91 %). De fylte ut SCL-90 i løpet av de første fire dagene etter innsetting. Alle ble klinisk undersøkt av psykiater.

Den kliniske undersøkelse viste at 40 personer hadde psykiatrisk sykdom. Av disse hadde 37 en GSI-skåre ≥ 1 . Det var tre falskt negative og to falskt positive testresultater. Ved å variere grenseverdien for GSI fant vi at en grenseverdi på $GSI \geq 1,5$ gav best balanse mellom sensitivitet ($=0,78$) og spesifisitet ($=0,87$).

SCL-90 synes å være et egnet screeninginstrument for psykiatrisk sykdom i et fengsel.

Forekomsten av psykiatrisk sykdom i fengsler er høy (1). Mye tyder på at flere har problemer i varetekt enn under soning av dom. En del er syke ved innsettelsen og en del blir syke kort tid etter ankomst i fengselet. I fengsler med små helsepersonellressurser, slik situasjonen er i alle norske kretsfengsler, kan det være et problem å identifisere innsatte med psykiatrisk sykdom tidlig nok. Symptom Check List 90 (SCL-90) (2) kan være anvendelig som

screeninginstrument i denne sammenhengen. Kristensen har prøvd ut SCL-90 i forbindelse med evaluering og behandling av alkoholmisbrukere (3). SCL-90 er kjent i norsk psykiatri og regnes som godt validert. Vi ønsket derfor å undersøke om SCL-90 kunne brukes som screeninginstrument for psykiatrisk lidelse i en populasjon av innsatte i fengsel.

Materiale og metode

SCL-90 er et selvregistreringsskjema utviklet av Derogatis (2). Det består av 90 spørsmål om symptomer på stress og vantrivsel, der pasienten kan gradere intensiteten eller alvorlighetsgraden på en skala 0 – 4. Selv om svarprofilene kan deles inn i flere subskalaer, anbefaler man for klinisk bruk det globale mål som fremkommer ved at summen av skårene på de 90 spørsmål divideres med 90 (4). Dette globale mål kalles ofte Generell Symptomindeks (GSI). Vi benyttet ikke subskalaene i denne studien.

Alle nyinnsatte i Kristiansand kretsfengsel i perioden 1997 – 99 fikk tilbud om å delta. De som deltok fikk informasjon om studien og gav samtykke til deltakelse. Av 206 deltok 187 (91 %). De innsatte fylte selv ut SCL-90 kort tid (ca. 1 – 4 døgn) etter innkomst i fengselet. Blant deltakerne var 147 varetektsinnsatte og 40 domsinnsatte, og det var 24 kvinner og 163 menn. Gjennomsnittlig alder var 31,5 år (spredning 18 – 55 år). GSI-skåre ble sammenholdt med sykehistorie og klinisk psykiatrisk diagnose i henhold til ICD-10 i legejournalen. Diagnose var satt på bakgrunn av klinisk vurdering ved spesialist i psykiatri.

Respondenter med GSI lik eller større enn 1 ble delt inn i tre grupper: GSI på 1,0 – 1,5, GSI på 1,5 til 2,0 og GSI over 2,0. Hensikten var å studere hvordan varierende grensenivåer for GSI påvirket evnen til å skille dem med psykiatrisk lidelse fra dem uten. Da SCL-90 ikke tidligere er validert for denne populasjonen, ble grensene mellom gruppene valgt på bakgrunn av vårt kliniske inntrykk av i hvilket område en hensiktsmessig grenseskåre sannsynligvis måtte ligge.

Ved siden av standardstørrelser for testvurdering som sensitivitet, spesifisitet og prediktiv verdi har vi også regnet ut number needed to diagnose (NND). Tilsvarende utregningen av number needed to treat (NNT) ble NND regnet ut som foreslått av Bandolier (5):

$$NND = 1/(\text{andel med positivt testresultat blant dem med sykdom} - \text{andel med positivt testresultat blant dem uten sykdom}) = 1/(\text{sensitivitet} - (1 - \text{spesifisitet})).$$

For gode tester vil NND nærme seg 1. Størrelsen angis å være mer uavhengig av frekvensen av sykdom i populasjonen som undersøkes enn sensitivitet og spesifisitet.

Resultater

Av dem som svarte hadde 84 deltakere GSI lik eller høyere enn 1,0, og 103 hadde GSI under 1,0. Vi fant tre personer som skåret under 1,0 på tross av psykiatrisk sykdom.

Det var 34 deltakere som hadde GSI mellom 1,0 og 1,5. Seks av disse var psykiatrisk behandlingstrengende (17 %), vurdert etter vanlige kliniske kriterier (tab 1).

Tabell 1

Antall med forskjellige diagnoser blant de innsatte fordelt på de tre undersøkte grenseverdier for Generell Symptomindeks (GSI) 1,0 – 1,5, 1,5 – 2,0 og over 2,0

GSI-skåre	Antall	Psykisk lidelse	ICD-10
1,0 – 1,5	5	Tilpasningsreaksjon med depressive symptomer	F43.2
	1	Abstinensstilstand	F1*.3
1,5 – 2,0	1	Abstinensstilstand	F1*.3
	1	Panikkangst	F41
	3	Depressiv episode	F32
	1	Akutt forbigående psykose	F23.8
	3	Tilpasningsforstyrrelse med depressive symptomer	F43.2
	1	Schizotyp lidelse	F21
	1	Bipolar affektiv lidelse, manisk fase	F31.2
Over 2,0	12	Depressiv episode	F32
	4	Abstinensstilstand	F1*.3
	2	Akutt forbigående psykose	F23.8
	1	Abstinens med delirium	F1*.4
	1	Psykotisk lidelse	F1*.5

Det var 28 deltakere som hadde GSI mellom 1,5 og 2,0. Av disse var 11 (40 %) psykiatrisk behandlingstrengende (tab 1).

Det var 22 deltakere som hadde GSI over 2,0, og 20 (91 %) av disse var psykiatrisk behandlingstrengende (tab 1). To personer representerte falskt positive skårer med åpenbar aggravering.

De vanligste lidelsene var affektive lidelser, spesielt depresjoner (n = 18), samt abstinensreaksjoner (n = 8) og psykoser (n = 6). De fleste psykotiske reaksjoner var kortvarige.

13 pasienter (7 %) ble behandlet av tilsynslegen, og 27 (15 %) ble henvist til annenlinjetjenesten. Av disse ble 22 behandlet av psykiater knyttet til fengselet, mens fem ble innlagt og behandlet i psykiatrisk avdeling.

Vi beregnet sensitivitet, spesifisitet, positiv prediktiv verdi og number needed to diagnose for de tre grenseverdiene 1,0, 1,5 og 2,0 (tab 2).

Tabell 2

Verdiene for sensitivitet, spesifisitet, positiv prediktiv verdi og number needed to diagnose (NND) for de forskjellige grenseverdier på GSI-skåre

GSI-grenseverdi	Sensitivitet	Spesifisitet	Positiv prediktiv verdi	NND
> 1	0,93	0,69	0,44	1,64
> 1,5	0,78	0,87	0,62	1,55
> 2	0,50	0,99	0,91	2,05

Diskusjon

Studien viste at 40 (21 %) av de 187 deltakere var behandlingstrengende for psykisk lidelse. Hos de 19 som avsto å delta, kan vi ikke anslå psykiatrisk sykkelighet. Men de utgjør en beskjeden andel av det totale antall, og vi antar at våre resultater i hovedsak er gyldige. 37 av de 187 hadde GSI-skåre over 1,0.

Det kan virke mye at 21 % av en fengselspopulasjon er psykiatrisk behandlingstrengende, men noe av forklaringen er nok at andelen av varetektsinnsatte i populasjonen er høy (79 %). Utviklingen de siste ti årene har vært slik at Kristiansand kretsfengsel i økende grad blir brukt som et varetektsfengsel, og antallet domssonende minker stadig. Bruken av varetekt øker over hele landet (6). Flere studier har vist at varetektsinnsatte er særlig utsatt helsemessig (6 – 9), og at de fleste selvmord i fengsel foregår under varetektsperioden (9 – 11).

I en slik populasjon vil kanskje mange kunne dra fordeler av å bli definert som syke. Vi hadde derfor forventet flere falskt positive skårer som følge av bevisst aggravering. Kun hos to respondenter kunne vi påvise at plagene var overdrevet.

Vår vurdering av funnene er at den globale skåren på SCL-90 (GSI) synes å være et egnet screeninginstrument til bruk i fengselspopulasjonen. SCL-90 blir mer spesifikk når grensen for positivt utslag på GSI-skåre settes høyt. I gruppen med skåre over 2 var 91 % behandlingstrengende, mens bare et mindretall i de andre gruppene. Det ble bare registrert to personer med falskt positive skårer. Det var i tillegg tre falskt negative. Dette dreide seg om én pasient med GSI-skåre på 0,3 med en paranoid psykose, som sannsynligvis var rusutløst, og om to personer med behandlingstrengende abstinensreaksjoner.

Avhengig av hvor vi setter grenseverdien for positiv skåre på GSI, får vi varierende verdier for sensitivitet og spesifisitet som vist i tabell 2. Økning i spesifisiteten gir kostnader i form av tapt sensitivitet og omvendt. En grenseverdi på GSI større enn 1,5 synes å gi det beste kompromiss mellom disse to hensyn. Også vurdert med NND kommer en grenseverdi for GSI på 1,5 best ut (NND= 1,55). Våre tall viser at om vi hadde brukt denne grenseverdien i vår populasjon, ville bare ni av 40 (23 %) av dem med psykiatrisk diagnose blitt oversett, mens 62 % av dem som var blitt fanget opp av en slik verdi, ville hatt en psykiatrisk lidelse. Vi tror at man ved bruk av en slik grenseverdi kan oppnå bedre ressursutnyttelse i den situasjon fengselsvesenets helsetjenester ofte befinner seg.

Ønsker man å fange opp flere av dem med sykdom, kan man sette grenseverdien for GSI = 1, men da vil 56 % av dem med positiv skåre være uten sykdom. GSI-skåre på over 2 synes å være et solid varsel om psykisk sykdom.

At SCL-90 fylles ut av de innsatte selv, er en stor fordel ut fra ressurs hensyn. Totalskåren på SCL-90 er generelt kjent for å ha høy validitet og reliabilitet (4).

Så vidt vi vet er det ikke gjort noen utprøving av validiteten til SCL-90 i en fengselspopulasjon tidligere. På kretsfengselnivå, der ressursene til helsetjenester gjennomgående er små, er det et stort behov for screeninginstrumenter også når det gjelder innsattes psykiske tilstand. Tar man i bruk SCL-90, vil testresultatene kunne supplere de kliniske vurderinger. Det er mulig at man vil kunne fange opp flere med behandlingstrengende psykiatrisk lidelse enn tidligere. Spesielt i fengsler der helsepersonellbemanningen er ustabil, tror vi at SCL-90 vil være et nyttig supplement til det kliniske arbeid.

Konklusjon

Vår studie tyder på at SCL-90 egner seg godt som et screeninginstrument for psykiatrisk sykdom blant innsatte.

LITTERATUR

1. Arboleda F. Mental illness in jails and prisons. *Curr Opin Psychiatry* 1999; 12: 677 – 82.

2. Derogatis LR. Administration, scoring and procedures manual. 2. utg. New York: Clinical Psychometric Research, 1983.
3. Kristensen Ø. Alkoholisme og psykiatrisk sykdom. Forskningsserie fra A-klinikken nr. 16. Kristiansand: Vest-Agder Fylkeskommune, 1996.
4. Malt U, Bech P, Dencker S, Elgen K, Ahlfors U, Lingjærde O. Skalaer for diagnostikk og sykdomsgradering ved psykiatriske tilstander. Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift 1990; 44: 111 – 9.
5. Bandolier. How good is that test? II. www.ebando.com/band27/b27-2.html (16.02.2000).
6. Kristoffersen R. Bruken av varetekt øker igjen. Samfunnsspeilet nr. 2. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 1999.
7. Gamman T. Uheldige helsemessige effekter av isolasjon. En klinisk studie av to grupper varetektsinnsatte. Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 115: 2243 – 6.
8. Harding T, Zimmermann E. Psychiatric syndromes, cognitive stress and vulnerability factors. A study in a remand prison. Br J Psychiatry 1989; 155: 36 – 43.
9. Volkart R, Rothenfluh T, Kobelt W, Dittrich A, Ernst K. Einzelhaft als Risiko für psychiatrische Hospitalisierung. Psychiatr Clin 1983; 16: 365 – 77.
10. Hurley S. Suicides by prisoners. Med J Aust 1989; 151: 188 – 90.
11. Hammerlin Y. Selvmord i norske fengsler 1956 – oktober 1991. KRUS-rapport nr. 1. Oslo: Kriminalomsorgsavdelingen, 1992.

Publisert: 10. august 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.