

Fengselsleger får mangelfull opplæring knyttet til fangers rettigheter. Både internasjonalt og i Norge er behovet stort for å bedre helsetjenesten for de innsatte

## Fengselslegenes utfordringer

Leger som arbeider i fengsler møter helt spesielle utfordringer i utøvelse av sitt yrke. Offentlighetens oppmerksomhet er som oftest rettet mot forhold som tortur og annen nedverdiggende fangebehandling. Spørsmål knyttet til forhold som taushetsplikt, rett til helsetjenester og latente lojalitetskonflikter er (heldigvis) langt vanligere – og er også relevant for leger som arbeider i norske fengsler. Behovet for å tilegne seg kompetanse og få veiledning er både stort og langt fra tilstrekkelig dekket.

Fengselslegene skal sikre at fangene har et tilbud på helsetjenester på lik linje med det som ellers finnes i landet. Dette følger av internasjonale standarder utarbeidet i regi av Europarådet og FN. Fengselslegen har også et ansvar for å hindre at tortur og andre overgrep finner sted. I land der det foregår tortur kan fengselslegen bli tilkalt for å undersøke hva fangen kan tåle av påkjenninger, hvor lenge en fange kan klare å stå oppreist, om vedkommende kan tåle å ha hette over hodet eller hvor lenge personen kan sitte i isolasjon.

Tokyo-deklarasjonen, vedtatt av Verdens Legeforening i 1975, fastslår at det ikke er forenlig med legerollen å støtte eller delta aktivt i tortur. Leger skal heller ikke være til stede under tortur eller der det blir truet med tortur. FNs generalforsamling vedtok i 1982 en resolusjon som erklærer at det er i strid med medisinsk etikk for helsepersonell å undersøke fanger for å vurdere om deres helse kan tåle såkalte utvidede forhørsmetoder som mishandling og tortur. Videre vedtok Verdens Legeforening en resolusjon i 2003 der leger blir oppfordret til å melde fra dersom de får kjennskap til at personer er blitt utsatt for tortur eller andre overgrep.

Den mest aktuelle saken i den senere tid er overgrepene i Abu Ghraib-fengselet i Irak. I en artikkel i *Lancet* fra 21. august i år fremgår det at militært helsepersonell unnlot å beskytte innsattes menneskerettigheter, til tider samarbeidet med de som gjennomførte avhør og unnlot å rapportere om skader og dødsfall som følge av mishandling og tortur av innsatte i dette fengselet (1). I samme artikkel blir det også opplyst at det medisinske personellet som hadde ansvaret for fangene i Irak, ikke hadde fått særskilt tilbud om utdanning i menneskerettigheter. Dette gjaldt også medisinsk personell som tjenestegjorde i Afghanistan.

Mulige årsaker til at helsepersonell ikke følger sine etiske forpliktelser og internasjonale reguleringer, kan være at de ikke kjenner dem eller at de identifiserer seg mer med det systemet de er en del av, enn med legerollen. Dette kan skyldes frykt for represalier, oppfatning av å ha en annen rolle (funksjonær) enn det å være lege – eller rett og slett misforståelser knyttet til hvilken rolle helsepersonell skal ha i slike situasjoner (2).

I de fleste land er utdanningstilbudet til fengselsleger sparsomt. Et gjennomgående trekk internasjonalt er at fengselslegene har begrenset kjennskap til hvordan de skal opptre når de får kjennskap til menneskerettighetsbrudd mot innsatte (3). Et tiltak for å hindre overgrep mot fanger og styrke menneskerettighetene kan derfor være å utdanne og bevisstgjøre fengselslegene på deres ansvar og forpliktelser.

Med bakgrunn i de erfaringer Legeforeningen har høstet gjennom sitt arbeid med menneskerettigheter på Balkan og Tyrkia, samt tilbakemeldinger fra norske fengselsleger, har Legeforeningen gjennom

sitt menneskerettighetsutvalg tatt initiativ til, og laget, et nettbasert kurs for fengselsleger. Kurset er utarbeidet i nært samarbeid med Verdens Legeforening og med støtte fra det norske Utenriksdepartementet. Kurset er på engelsk og det arbeides nå med å få det oversatt til kinesisk. Det er tilgjengelig uavhengig av tid og rom, er tellende i legers videre- og etterutdanning og ble lansert på en pressekonferanse ved Norges faste delegasjonen i Genève 7. september i år (4).

Også i Norge oppleves tilbudet om videre- og etterutdanning for fengselsleger som mangelfullt. Selv om utfordringene norske fengselsleger møter på flere områder ikke kan sammenliknes med situasjonen i enkelte andre land, er mange problemstillinger av samme karakter. Dette gjelder blant annet lojalitetskonflikter, fanger med psykisk sykdom, personlighetsforstyrrelser og alvorlige infeksjonssykdommer. I norske fengsler sitter også personer som har gjennomgått nedverdiggende behandling og tortur i andre land. Skal fangene få god behandling, kreves det kompetanse hos leger og annet helsepersonell. I Norge er det kommunene som har ansvar for helsetjenesten i fengslene. De benytter ofte sin anledning til å pålegge fastlegene å arbeide som fengselsleger.

Fastlegene har faglig bakgrunn som allmennleger. I sin vanlige praksis håndterer de selv vel 90 % av alle henvendelser, mens 5–10 % henvises til spesialisthelsetjenesten. I fengslene møter de i stor grad problemstillinger tilhørende den siste gruppen. Også i Norge har vi således en stor utfordring når det gjelder opplæring av fengselsleger – en utfordring kommunene, som ansvarlig for tjenesten, ikke har tatt tilstrekkelig på alvor.

Det er på den annen side slett ikke sikkert at kommunene er i stand til å ta et slikt ansvar. Vi hilser derfor velkommen den nye veilederen om helsetiltak for innsatte i fengsel, som Sosial- og helsedirektoratet ferdigstilte i juli i år (5). Målgruppen for veilederen er kommuner, fylkeskommuner og helseforetak som ansvarlige forvaltningsorganer, helsepersonell i fengslene, samarbeidende helsepersonell i primær- og spesialisthelsetjenesten, samt den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. På bakgrunn av veilederen vil det gjennomføres regionale samlinger om helsetjenesten i fengslene i løpet av høsten 2004 og våren 2005, der også Legeforeningens Internett-kurs blir presentert.

### Litteratur

1. Miles SH. Abu Grahb: its legacy for military Medicine. *Lancet* 2004; 364: 725–9.
2. Forrest D, Barrett J. Ethical pitfalls can be hard to avoid. *BMJ* 2004; 329: 399–400.
3. The British Medical Association. The medical profession & human rights. A handbook for a changing agenda. London: Zed Books, 2001.
4. Johannessen LB. Vellykket internasjonal lansering. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 2670.
5. [http://www.shdir.no/assets/12289/fengsel\\_veileder\\_3.doc](http://www.shdir.no/assets/12289/fengsel_veileder_3.doc) (30.9.2004).



*Hans Kristian Bakke*

**Hans Kristian Bakke**  
hans.kristian.bakke@legeforeningen.no  
president