

INTERNATIONALE ETISKE KRAV TIL STRAFFEPROCESSUELLE OG STRAFFERETLIGE INDGREB

Af WILLIAM RENTZMANN

1. AFGRÆNSNING

Blandt praktikere inden for det strafferetlige system – måske i særlig grad inden for politiet og kriminalforsorgen – er det ikke sjældent at møde den opfattelse, at vi i disse år er udsat for en i ordets bogstaveligste betydning "ustyrlig" mængde af etiske krav til den måde, det daglige arbejde udføres på. Det gælder ikke mindst de krav, som stammer fra internationale organisationer eller tilvejebringes i forbindelse med internationale konferencer og seminarer. Her bidrager den lidt fjernere og ofte, forekommer det, dunkle oprindelse af kravene vel til at øge opfattelsen af dem som mindre nødvendige eller i hvert fald mindre tilpasset den dagligdag, som man selv kender bedre end alle andre. De krav, som udspringer direkte af national lovgivning eller på anden måde giver en – i hvert fald teoretisk – mulighed for deltagelse i den proces, hvorigennem kravene formuleres, vil der ofte være en noget større forståelse for. Dette socialpsykologiske postulat er (til dels) baggrunden for, at dette indlæg begrænser sig til de etiske krav, som kan betegnes som **internationale** – det vil sige, som tilsigter at gælde på tværs af landegrænser.

En redegørelse for **etiske** krav forudsætter normalt en filosofisk afgrænsning af, hvad begrebet omfatter og ikke mindst en redegørelse for sondringen imellem moral og etik. Denne interessante diskussion vil jeg lade ligge. Dels er der ikke her tale om nogen videnskabelig afhandling, dels er der næppe grund til at indsnævre debatten på grundlag af en mere præcis definition af etik-begrebet. Når jeg i det følgende taler om etiske krav, vil det derfor referere til den brede betydning af begrebet som omfattende ethvert krav af moralsk/etisk karakter, uanset om det vedrører (indre) holdninger eller (ydre) adfærd. Jeg lægger mig herved på linie med den pragmatiske opfattelse, der er lagt til grund i den danske betænkning om "fagligt etiske principper i offentlig administration", hvor etiske krav opfattes som "retningslinier, der er baseret på kategoriseringen godt/ondt henholdsvis anstændigt/uanstændigt og baseret på en bekendelse til nogle værdier af en overordentlig betydning og henholdsvis bred accept".

Selv om dette indlæg, som angivet i titlen, omfatter såvel **straffeprocessuelle** som **strafferetlige** indgreb, vil hovedvægten klart blive lagt på det sidste. Det skyldes bl. a., at det straffeprocessuelle element blev grundigt og fremragende belyst på det seneste kriminalistmøde i Stockholm i 1989, hvor professor Lars

Nordskov Nielsen analyserede ”Menneskerettighedernes betydning for strafprocessen”.

Der er imidlertid behov for yderligere afgrænsninger, hvis fremstillingen på den ene side skal kunne holdes inden for rimelige rammer og på den anden side ikke blive alt for abstrakt. Jeg har derfor udvalgt en række områder, som vedrører særligt sårbare grupper, og hvortil der i de seneste år er stillet specifikke etiske krav.

Endelig har jeg ved beskrivelsen af de udvalgte problemområder anlagt en praktisk og ikke teoretisk indfaldsvinkel, og har herved taget udgangspunkt i forholdene i danske fængsler.

2. SÆRLIGT OM ANHOLDTE

De basale regler i Den Europæiske Menneskerettighedskonvention og i Konventionen om Borgerlige og Politiske Rettigheder om behandling af anholdte (og varetægtsfængslede) suppleres af en række mere detaljerede krav i andre instrumenter. Tre af disse krav betragtes af Den Europæiske Torturkomité (CPT) som helt fundamentale garantier mod uacceptabel behandling af anholdte. Det drejer sig (1) om anholdtes mulighed for at orientere pårørende om anholdelsen og (2) om muligheden for at kontakte en advokat samt endelig (3) muligheden for at blive undersøgt af en læge efter eget valg. Disse krav genfindes i lidt varierende former i De Europæiske Fængselsregler (hhv. artikel 92, 93 og 98) og i FN's Standard Minimumregler for Behandling af Fanger (hhv. artikel 92, 99 og 91).

Umiddelbart skulle man måske tro, at krav, der af Torturkomiteen betragtes som så fundamentale, måtte være opfyldt i retssamfund som de nordiske. Men alligevel er disse krav til dels problematiske – i hvert fald for Danmark – bl. a. fordi de efter Torturkomiteens opfattelse skal gælde straks fra anholdelsen (”from the very outset of the deprivation of liberty”). De tre krav er fremhævet i Torturkomiteens 2. Generalrapport. Alle tre krav er imidlertid også medtaget i Torturkomiteens anbefaling til den danske regering efter komiteens besøg i Danmark.

For så vidt angår kravet om, at anholdte skal have ret til straks at underrette pårørende, har de danske myndigheder henvist til en betænkning fra 1974 om anholdelse og varetægt. Det fremgår heraf, at anholdte ”bør, hvis ikke afgørende efterforskningsmæssige hensyn er til hinder herfor, have adgang til – eventuelt telefonisk – at underrette familie og efter omstændighederne arbejdsgiver, advokat og andre”. Bl. a. på grund af anholdelsens kortvarighed (op til 24 timer) fandt udvalget ikke, at der er behov for særlige regler herom. Justitsministeriet tilslutter sig i svaret til Torturkomiteen, at der ikke er behov for lovregler, men er indstillet på at overveje, om det vil være hensigtsmæssigt at fastsætte instruksatoriske forskrifter om spørgsmålet.

Af samme grund, som anført ovenfor, finder Justitsministeriet heller ikke, at der er behov for udtrykkelige regler om anholdtes adgang til lægehjælp. Det må efter ministeriets opfattelse anses som en selvfølge, at anholdte får lægehjælp i alle tilfælde, hvor der er behov herfor. Det forudsættes herved, at den anholdtes eventuelle ønske om at blive tilset af en bestemt læge imødekommes i det omfang, det er praktisk muligt og forsvarligt.

Torturkomiteen er imidlertid ikke tilfreds med disse forsikringer, og understreger i sit svar på de danske redegørelser, at disse to rettigheder må anses for så fundamentale, at det ikke er tilstrækkeligt at gå ud fra, at de bliver overholdt. De bør udtrykkeligt fremgå af enten lovgivningen eller administrative forskrifter.

Torturkomiteen anser endvidere de gældende danske regler om adgang til at konsultere en advokat for utilstrækkelige. Efter gældende ret har en anholdt, som har ret til at få forsvarer beskikket – og som nægter at udtale sig til politiet, før forsvareren er kommet til stede – mulighed for at få bistand af en af politiet tilkaldt forsvarer, indtil beskikkelsesspørgsmålet er afgjort af retten.

Torturkomiteen anser det for yderst vigtigt, at anholdte har ret til en forsvarer allerede fra frihedsberøvelsens iværksættelse og ikke først, når de egentlige afhøringer påbegyndes. De danske myndigheder anmodes derfor om at ændre reglerne på dette punkt.

Det er ikke vanskeligt at sætte sig ind i baggrunden for Torturkomiteens stædige fastholden ved de tre nævnte principper. I de lande, hvor politiets overtrædelse af menneskerettighederne er en dagligdags foreteelse, finder overtrædelserne ofte primært sted i den første tid efter arrestationen, og selve det forhold, at de anholdte bliver holdt incommunicado er typisk en forudsætning for, at overgrebene kan finde sted – og at formålet med dem kan opnås.

Det er på den baggrund forståeligt, at Torturkomiteen har problemer med at lade sig nøjes med en forsikring om, at de tre krav normalt vil blive opfyldt, selv om det ikke udtrykkeligt fremgår af lovgivning eller administrative forskrifter. Det gælder i hvert fald kravet om adgang til at informere pårørende og kontakte advokat. Og hvis praksis på disse områder allerede er i overensstemmelse med komiteens krav, kan det måske være vanskeligt at forstå, at det er noget større problem at få reguleret området.

Hvad derimod angår kravet om tilsyn af læge efter eget valg, bør det være muligt at overbevise komiteen om, at en ordning som den danske, hvor der ikke er ansat egentlige politilæger, men hvor lægetilsyn af anholdte sker enten på de offentlige skadestuer, ved de almindelige embedslægeinstitutioner eller ved en alment praktiserende læge, som politiet har indgået aftale med, udgør en tilstrækkelig garanti for, at lægen har den ønskelige uafhængighed af politiet.

Spørgsmålet om at formalisere retten til at kontakte pårørende og advokat bliver formentlig løst, hvis den 9. Tillægsprotokol til Den Europæiske Menneskerettighedskonvention bliver vedtaget og ikke mindst ratificeret, således som den nu foreligger. Reglen lyder ifølge forslaget: "A person deprived of his liberty shall have the right to promptly inform a lawyer as well as another person of his choice, or to have them promptly informed, of the fact and place of his deprivation of liberty and every change thereof" (artikel 2). Reglen nuanceres dog derved, at rettigheden kan begrænses, såfremt begrænsningerne: "are prescribed by law and are necessary in a democratic society in the interest of a preliminary investigation or the prevention of crime" (artikel 2, stk. 3). Denne regel vil i tilfælde af ratifikation automatisk blive dansk ret.

3. UNGE I FÆNGSEL

Det er langt fra noget nyt, at der på internationalt plan vises særlig interesse for unge, som kommer i forbindelse med straffesystemet. I adskillige internationale instrumenter, som indeholder regler om beskyttelse af fangers menneskelige rettigheder, er der specialregler vedrørende placering og behandling af unge.

I ældre instrumenter er især kravet om adskillelse af unge og ældre fanger temmelig absolut udformet. I FN's Standard Minimumregler for Behandling af Fanger (1955) siges det således kategorisk: "Young prisoners shall be kept separate from adults" (artikel 8 d). I FN-Konventionen om Borgerlige og Politiske Rettigheder (1966) hedder det: "Unge lovovertrædere skal holdes adskilt fra voksne og gives en behandling, svarende til deres alder og retlige stilling" (artikel 10, stk. 3). En tilsvarende regel for varetægtsfængslede findes i artikel 10, stk. 2 b.

Spørgsmålet om placering af unge i fængsler indtog en fremtrædende plads på FN's 7. kriminalitetskongres i Milano i 1985. I forbindelse med forslaget til de såkaldte Beijing-Rules vedrørende unge kriminelle var der på ny medtaget en regel om placering af unge, som i sin udformning rummede meget få fortolkningsmuligheder. Forslaget svarede praktisk taget til de tidligere nævnte FN-regler. På konferencen blev ikke mindst denne regel genstand for kraftig debat. Fra adskillige sider, herunder især fra de nordiske landes side, blev der argumenteret for en mere fleksibel regel, som i højere grad åbnede mulighed for, at det beskyttelseshensyn, som alle er enige om at varetage, kunne tilgodeses på anden måde end ved fysisk adskillelse. Synspunktet var, at beskyttelseshensynet bedre kan tilgodeses ved indretning af moderne, mere humane fængselsmiljøer, som bygger på normaliserings- og åbenhedsprincipper, hvor personaletæthed og personaleuddannelse gør det muligt at dæmme op for ældre fangers dårlige indflydelse på de unge, og hvor fængselsmiljøet i det hele taget er således, at der ikke er større risiko for fysiske eller psykiske overgreb mod de unge. Hertil

kunne tilføjes, at også det forhold, at der i visse lande indsættes meget få unge i fængslerne taler imod en alt for firkantet afsondring af denne gruppe.

Modstanden fra de landes side, hvor de fysiske forhold i fængslerne og personalets afmagt over for overgreb og mishandling betyder, at sådanne overgreb mod især unge er dagligdag i fængslerne, var imidlertid så stor – og vel også så forståelig – at det ikke var muligt at svække ordlyden af bestemmelsen, som derfor lyder således: ”Juveniles in institutions shall be kept separate from adults and shall be detained in a separate institution or in a separate part of an institution also holding adults” (artikel 26, stk. 3). En tilsvarende regel for varetægtsfanger findes i artikel 13, stk. 4.

Debatten gav dog en åbning i forholdet til tidligere FN-instrumenter derved, at det i bemærkningerne til bestemmelsen blev anført, at ”The rule does not prevent States from taking other measures against the negative influences of adult offenders, which are at least as effective as the measures mentioned in the rule”.

Denne åbning betyder altså, at beskyttelsen af unge kan ske på anden måde end ved (fuldstændig) fysisk adskillelse, men at der i så fald påhviler de stater, som benytter andre metoder, en bevisbyrde for, at disse metoder er lige så effektive som fysisk adskillelse.

Denne fleksible holdning blev dog på ny fraveget, da der få år efter i FN-regi blev vedtaget nye regler om behandling af unge. FN-Konventionen om Barnets Rettigheder (1989), som på yderst prisværdig måde sigter mod at beskytte børns rettigheder på alle livets områder, indeholder særlige regler om frihedsberøvelse af børn (dvs. personer under 18 år). I artikel 37 b slås det fast, at frihedsberøvelse af børn kun må bruges som en sidste udvej og for det kortest mulige passende tidsrum. Hertil føjes reglen i artikel 37 c, som lyder: ”Ethvert barn, der er berøvet friheden, behandles menneskeligt og med respekt for menneskets naturlige værdighed og på en måde, der tager hensyn til deres aldersmæssige behov. Især skal ethvert barn, der er berøvet friheden, holdes adskilt fra voksne, medmindre en sådan adskillelse ikke anses at tjene barnets tarv.” Som det fremgår, er reglen om adskillelse af børn og voksne fanger ikke helt så absolut som i de tidligere FN-instrumenter, men den er på den anden side betydelig snævrere, end der var lagt op til i bemærkningerne til Beijing-reglerne. Konventionen om Barnets Rettigheder må nemlig forstås således, at det konkret skal kunne påvises, at en adskillelse ikke tjener barnets tarv. Og det er ikke nemt, når der er tale om institutioner, hvor der er almindeligt fællesskab mellem fangerne.

Bl. a. denne regel førte til en heftig debat i Danmark i forbindelse med ratifikationen af konventionen. Hovedproblemet i Danmark – som i de øvrige nordiske lande – er, at man tager reglen om, at unge kun helt undtagelsesvis bør idømmes ubetingede frihedsstraffe så alvorligt, at der til enhver tid kun er gan-

ske enkelte unge, der afsoner frihedsstraf. En fysisk afsondring af unge fra ældre fanger kan derfor betyde en de facto-isolering af unge, eller i hvert fald et meget begrænset fællesskab med andre. I Danmark blev kravet i artikel 37 c opfattet således, at unge ikke kunne anbringes i åbne fængsler sammen med ældre. I disse fængsler er fællesskabet og bevægelsesfriheden så stor – og personaletætheden så lille – at det ikke er muligt til enhver tid at kontrollere, om den unge udsættes for negativ påvirkning. Det blev derfor anset for nødvendigt enten at tage forbehold for artikel 37 c – således som Australien gjorde – eller indrette en særlig afdeling for de (få) unge, som skulle afsones i åbent fængsel. Da det blev anset for et ”dårligt signal” til lande med mindre humane fængselssystemer at tage forbehold for en så vital bestemmelse – hvis formål man naturligvis var helt enig i – blev resultatet indretning af en særlig ungdomsafdeling i et af de åbne fængsler.

I tilslutning til Børnekonventionen vedtog man på FN's 8. kriminalitetskonferens i Havana i 1990 en resolution om ”Beskyttelse af Unge, der er Frihedsberøvet”. Resolutionen indeholder (i artikel 29) en bestemmelse, som i realiteten er en præcisering, men ikke en udvidelse af indholdet i Børnekonventionens artikel 37 c: ”In all detention facilities juveniles should be separated from adults, unless they are members of the same family. Under controlled conditions, juveniles may be brought together with carefully selected adults as part of a special programme that has been shown to be beneficial for the juveniles concerned.” Indholdet af denne bestemmelse er reflekteret i de administrative regler, der blev indført i Danmark i tilslutning til ratifikationen af Børnekonventionen.

Erfaringerne med den særlige ungdomsafdeling har ikke været gode. De ganske få unge fanger – i lange perioder kun en enkelt – har på grund af det begrænsede fællesskab, de begrænsede aktivitetsmuligheder, de begrænsede besøgs- muligheder, som følger af bruddet med nærhedsprincippet, samt vanskeliggørelsen af udslusningsprocessen og især samarbejdet med de sociale myndigheder herom, fået afsoningsforhold, der er væsentlig ringere end tidligere.

Man har således ud fra de bedste motiver stort set opnået det modsatte af det, man gerne ville.

Den lære, man kan uddrage heraf, er vel, at det i forbindelse med udformning af internationale krav, som skal dække en mangfoldighed af kulturelle og materielle forskelligheder, er vigtigt at fokusere på en beskrivelse af *beskyttelsesinteressen* og ikke i så høj grad på en beskrivelse af *midlerne* til at tilgodese denne interesse.

Denne lære har man da også draget i forbindelse med udformningen af De Europæiske Fængselsregler (1987). Det har vel i den forbindelse været en fordel, at der er tale om regionale regler, som ikke prætenderer at dække over helt så store kulturforskelle som globale regler. Men der er endvidere tale om en

væsentlig ændring af formuleringen i forhold til de tidligere europæiske fængselsregler fra 1973. Reglen om unge fanger lyder i sin nuværende udformning således: "Young prisoners shall be detained under conditions, which as far as possible protect them from harmful influences, and which take account of the needs peculiar to their age" (artikel 11, stk. 4).

I bemærkninger til denne bestemmelse siges det, at de senere års erfaringer har betydet en modificering af tidligere tiders krav om adskillelse af forskellige kategorier af fanger. "Modern penal philosophy no longer demands the rigid separation of the young from the old . . .". Reglerne er derfor, siges det, blevet afsvækket, fordi det under visse omstændigheder kan være gavnligt eller i det mindste ikke giver negative resultater, at man blander forskellige kategorier af fanger. Fx peges der på værdien af den stabilitet, som samvær med ældre fanger kan give.

Det er i den forbindelse også værd at bemærke, at den Europæiske Torturkomité i sin 2. Generalrapport har understreget, at man vil være særlig opmærksom på de forhold, som unge fanger lever under. Torturkomiteen har så vidt vides ikke fremsat kritik af den måde, som de nordiske lande placerer og behandler unge fanger på. Komiteen har dog i sin rapport til den finske regering interesseret sig for sammenblandingen af forskellige kategorier af fanger i institutionerne, herunder at unge og ældre kan have cellefællesskab. I sit svar til komiteen oplyser den finske regering, at placering af unge i cellefællesskab med ældre sædvanligvis sker efter anmodning fra den unge, eller fordi han kommer bedre ud af det med ældre end med sine jævnaldrende. "The experience in Finland is that disturbances and bullying are more common where juvenile offenders are accommodated within their own age-group", føjes der til. Denne erfaring svarer ganske godt til de danske erfaringer. Den finske regering oplyser imidlertid, at man nu som følge af ratifikationen af FN's Børnekonvention planlægger at ændre den nuværende fordelingspraksis og placere unge adskilt fra ældre fanger.

4. SYGE FANGER

4.1. Generelle principper

Behandlingen af syge fanger og ikke mindst afgrænsningen af sundhedspersonalets opgaver er et område, som i helt særlig grad har påkaldt sig interesse i forbindelse med udformningen af etiske regler og anbefalinger. Ikke mindst World Medical Association, WMA, har spillet en aktiv rolle, men også FN og forskellige Europarådsorganer har beskæftiget sig med disse forhold. For tiden arbejdes der i hele 3 forskellige fora i Europarådsregi med etiske regler på sundhedsområdet. Det gælder den Europæiske Sundhedskomité (CDSP), som er i færd med at undersøge fængsels sundhedstjenestens opbygning i Europarådets med-

lemsstater, og det gælder The Council for Penological Co-operation, som beskæftiger sig med udarbejdelse af etiske regler for sundhedspersonalet i fængsler. Rådet skal bl. a. undersøge, hvilke problemer de sundhedsetiske krav giver i relation til fængselsmyndighederne, såvel i almindelighed som i relation til specielle situationer som sultestrejke, visitation, isolation, magtanvendelse m. v. Endelig er Menneskerettighedskomiteen (CDDH) som nævnt ved at lægge sidste hånd på en 9. Tillægsprotokol til Den Europæiske Menneskerettighedskonvention, som bl. a. skal indeholde regler af lægeetisk relevans.

Man kan vel sammenfatte alle disse bestræbelser således, at fanger i videst mulig omfang bør have samme sundhedsmæssige betjening som almindelige borgere, og at det derfor gælder om at begrænse de i frihedsberøvelsen mere eller mindre indbyggede risici for en afskæring af fangers muligheder og rettigheder på dette område. Dette udslag af normaliseringsprincippet er bl. a. nævnt i FN's Standard Minimumregler for Behandling af Fanger og De Europæiske Fængselsregler, hvori det enslydende siges: "The medical services should be organised in close relation with the general health administration of the community or nation." Samme opfattelse har Den Europæiske Torturkomité, som i sin 3. Generalrapport fastslår: ". . . The General principle – already recognized in most, if not all, of the countries visited by the Committee is that prisoners are entitled to the same level of medical care as persons living in the community at large. This principle is inherent in the fundamental rights of the individual."

På samme linie er FN's lægeetiske regler (1982), hvori det i princip 1 siges: "Health personal, particularly physicians, charged with the medical care of prisoners and detainees have a duty to provide them with protection of their physical and mental health and treatment of disease of the same quality and standard as is afforded to those who are not imprisoned or detained". Endelig siges det i udkastet til den 9. Tillægsprotokol til Den Europæiske Menneskerettighedskonvention, at "A person deprived of his liberty shall have the right to adequate medical care on the same conditions as are in general available to any citizen subject to reasonable restrictions imposed by the conditions of the deprivation of liberty" (artikel 7).

For at få indtryk af, hvad disse overordnede krav betyder i praksis, vil det nok være hensigtsmæssigt at se nærmere på forskellige kategorier af syge fanger – eller fanger, som af anden grund kommer i kontakt med fængslernes sundhedspersonale.

4.2. Psykisk syge fanger

Det er et grundlæggende princip, at sindssyge ikke må være i fængsel, men skal overføres til behandlingsinstitution. Det slås fast i FN's Standard Minimumregler (artikel 82) og i De Europæiske Fængselsregler (artikel 100), ligesom CPT

har lagt dette princip til grund ved sine inspektioner i medlemslandene. Ligeså generelt accepteret er princippet om, at psykisk syge i øvrigt skal have den nødvendige behandling (FN's Standard Minimumregler (artikel 22) og De Europæiske Fængselsregler (artikel 100)). I tilfælde af alvorligere psykiske lidelser, udover psykoser, stilles der endvidere, fx i De Europæiske Fængselsregler, krav om, at fanger, der lider af sådanne, placeres i specielle institutioner eller afsnit under lægelig ledelse (artikel 100, stk. 2).

På grundlag af de foretagne inspektioner har CPT i sin 3. Generalrapport sammenfattet sine indtryk i mere generelle anbefalinger. Anbefalingen for så vidt angår anbringelsen af psykotiske fanger er lidt mere nuanceret udformet end ovennævnte regler. Komiteen siger således, at psykotiske fanger skal anbringes på hospital, og tilføjer, at et sådant hospital enten kan være et civilt psykiatrisk sygehus eller en speciel psykiatrisk enhed inden for fængselsvæsenet. Det bliver, siger komiteen, ofte hævdet, at psykotiske fanger ud fra etiske synspunkter bør overføres til civilt psykiatrisk sygehus, men "it can be argued that the provision of psychiatric facilities within the prison system enables care to be administered in optimum conditions of security, and the activities of medical and social services intensified within that system". Denne usikkerhed om, hvad der er den rette løsning, afspejles også i bemærkningerne til art. 100 i De Europæiske Fængselsregler: "Special considerations of a moral and medical nature arise in the management and treatment of this category and there is no general consensus of opinion. The rule is designed, therefore, not to promote any particular approach, but to establish the basic principles that are required to ensure the humanity and justice that should prevail."

Som tidligere anført foretrækkes det almindeligvis udfra etiske betragtninger, at personer, der er så alvorligt syge, at de diagnosticeres som psykotiske, anbringes i *civile* psykiatriske institutioner. At praktiske og sikkerhedsmæssige hensyn kan tale for en anden løsning, er i den forbindelse mindre interessant. Forholdet er imidlertid, at der befinder sig ikke så få psykotiske i fængsler og arresthuse.

Antallet af sindssyge kriminelle har været meget stærkt stigende i de senere år. Det er en tendens, som vist nok er fælles for de nordiske lande og for mange andre europæiske lande. Der er ikke enighed om, hvad årsagen til denne udvikling er. Men det er dog næppe muligt at bortse fra de-institutionaliseringen af det civile psykiatriske behandlingssystem som en betydelig faktor i denne uheldige udvikling.

Det stigende antal psykotiske og andre svært psykisk afvigende fanger er vel et af de alvorligste etiske problemer for fængselsvæsenet. Men det er ikke et problem, som det ligger inden for fængselsvæsenets mulighed selv at løse. Denne vanskelighed kendes også i bemærkningerne til De Europæiske Fængselsregler (artikel 100), hvor det indledningsvis siges: ". . . The minor technical amend-

amendment of this rule acknowledges that its requirements are not entirely within the purview or competence of prison administrations." Men på den anden side pålægges fængselsmyndighederne at stræbe efter, at reglerne overholdes. I Danmark sker det ved, at fængselsmyndighederne løbende drøfter problemerne med de ansvarlige for det almindelige sundhedssystem og forsøger at skabe forståelse for, at en (vis) udvidelse af det psykiatriske institutionssystem er en nødvendighed, hvis de internationale krav på dette område skal kunne overholdes – og ikke mindst, hvis de (kriminelle) psykotiske patienter skal kunne få en rimelig human behandling.

I denne stræben kan man finde støtte hos CPT, som i den omtalte 3. Generalrapport understreger betydningen af, at der er den tilstrækkelige kapacitet i de psykiatriske institutioner (uanset om man vælger den civile model eller særlige institutioner under fængselsvæsenet) – "Whichever course is chosen, the accommodation capacity of the psychiatric facility in question should be adequate; too often there is a prolonged waiting period before necessary transfer is effected. The transfer of the person concerned to a psychiatric facility should be treated as a matter of the highest priority."

4.3. Særlige fængselsmæssige opgaver for læger

Hvis behandling af psykotiske fanger har givet anledning til etisk begrundede diskussioner, så er det ingenting imod, hvad brugen af læger i forbindelse med de såkaldte fængselsmæssige opgaver har.

Problemstillingen er kort fortalt den, at det ud fra et fængselsmæssigt synspunkt kan være ønskeligt, at lægerne kommer til stede, når det har været nødvendigt at anvende fysisk magt over for en fange. I disse situationer er der nemlig en større eller mindre grad af formodning for, at den indsatte er psykisk syg, eventuelt affektspændt, eller kan være kommet til skade i forbindelse med episoden. Opgaven er således ikke at godkende magtanvendelsen, men at konstatere, om fangen har behov for lægehjælp og i givet fald yde den. Fra et lægeetisk synspunkt er lægens medvirken ved sådanne hændelser imidlertid betænkelig, fordi lægen derved – i fangens øjne – kan komme til at legitimere de fysiske indgreb.

I World Medical Association's Tokyo-Deklaration (1975), hvori der gives retningslinier for læger angående tortur og anden grusom, umenneskelig eller nedværdigende behandling eller straf, siges det bl. a., at lægen hverken må deltage i eller være til stede ved en sådan behandling eller straf. Lægens grundlæggende rolle er at lindre sine medmenneskers lidelse og ingen bevæggrund må veje tungere end dette formål.

Disse regler præciseres i FN's lægeetiske regler (1982), som bl. a. fastslår, at "It is a contravention of medical ethics for health personnel, particularly physi-

cians, to be involved in any professional relationship with prisoners or detainees the purpose of which is not solely to evaluate, protect or improve their physical and mental health” (princip 3).

De situationer, hvor der kan være tale om at forordne lægetilsyn, er fx, når der har været anvendt håndjern for at pacificere en fange, eller når der i øvrigt har været anvendt fysisk magt, specielt hvis der har været anvendt stav. Endvidere skal der ske lægetilsyn ved anbringelse i sikringscelle. Har der været tale om fastspænding, skal lægen straks tilkaldes med henblik på, at lægetilsyn kan finde sted snarest muligt. Varer anbringelsen udover et døgn, skal fangen tilses dagligt af en læge. Reglerne om lægetilsyn i forbindelse med fastspænding i sikringscelle blev skærpet for nogle år siden efter et dødsfald i en sådan sikringscelle.

Det er åbenbart, at sådanne opgaver rejser spørgsmål i relation til de etiske krav til lægers arbejde. Jo større automatik, der er i disse lægetilsyn, desto større er risikoen for, at lægen – i fangens øjne – kommer til at legitimere tvangsindgrebet. Det ville derimod ikke ud fra etiske betragtninger være problematisk at lade lægetilsyn i disse situationer afhænge af, om personalet *konkret* skønner, at fangen er syg og har behov for lægehjælp eller af, at fangen selv beder om lægehjælp. Spørgsmålet er imidlertid, om man kan forlade sig på, at behovet for lægehjælp bliver fanget op i nødvendigt omfang på denne måde.

Vi står her over for en ganske vanskelig afvejning af forskellige hensyn. På den ene side hensynet til ikke at stille lægerne i et etisk ufordelagtigt lys og dermed kompromittere deres arbejde i almindelighed, på den anden side hensynet til fangernes helbred i den konkrete situation.

Udgangspunktet må i overensstemmelse med det generelle normaliseringsprincip være, at fangen selv er den nærmeste til at afgøre, om han har behov for læge. Som følge heraf er det da også den almindelige regel i fængslerne, at personalet ikke må skønne over, om en fanges anmodning om læge er tilstrækkelig velbegrundet. Ønsker en fange lægetilsyn, er det alene lægen (eller eventuelt en sygeplejerske efter aftale med lægen), som kan tage stilling til, om tilsyn er nødvendigt.

Dette udgangspunkt må imidlertid suppleres med den særlige omsorgspligt, som påhviler fængselspersonalet over for fangerne. Denne omsorgspligt må føre til, at personalet – udover de situationer, hvor fangen selv ønsker det – bør tilkalde læge, hvis man konkret har mistanke om, at fangen er syg, herunder er kommet til skade.

Der er imidlertid et stort skridt fra denne omsorgspligt og til en eventuel pligt til i forbindelse med magtanvendelse og lignende at *skulle* skønne over om lægetilkald er nødvendigt. Personalet har kun begrænsede uddannelsesmæssige forudsætninger for at foretage et sådant skøn og bør derfor ikke pålægges specifikke

forpligtelser af denne karakter. Og hvis man i en konkret situation har skønnet, at fangen ikke var syg, og det så siden viser sig alligevel at have været tilfældet, vil personalet have meget vanskeligt ved at retfærdiggøre sig. Det ville nemt udsætte sig for mistanke om at ville forsøge at dække over ulovlig eller excessiv magtanvendelse. Hvortil kommer, at fangens helbred ved et sådant fejlskøn kan være blevet bragt i – eventuelt alvorlig – fare.

Måske vil det dog være forsvarligt at lade den nævnte afvejning falde forskelligt ud i de forskellige magtanvendelsessituationer. Afgørende for afvejningens udfald bør i så fald være, om der er tale om en situation, hvor fangen erfaringsmæssigt er i stand til at varetage sine interesser, eller om situationen er så ekstrem, at dette erfaringsmæssigt ikke er tilfældet.

Med det udgangspunkt kan det måske være forsvarligt at holde sig til hovedreglen, når der "blot" er tale om situationer, hvor der er anvendt magt (herunder stav) eller håndjern, men hvor episoden ikke er så alvorlig, at den har resulteret i anbringelse i sikringscelle. Reglen vil altså i disse tilfælde blive, at der kun skal tilkaldes læge, hvis fangen selv ønsker det, eller personalet konkret finder det nødvendigt. Tilsvarende kunne måske endog gælde i situationer, hvor fangen er blevet placeret i sikringscelle, men hvor der ikke har været behov for fastspænding.

Hvis situationen derimod er så alvorlig, at fastspænding i sikringscelle har været nødvendig – det vil sige, at fangen anses for at være til fare for sig selv eller andre – så er det vanskeligere at slække på kravene til lægetilsyn. Dels viser erfaringerne, at fanger, der er til fare for sig selv – det vil sige truer med selvmord eller selvbeskadigelse – for en meget stor dels vedkommende lider af en psykisk sygdom. Dels er de situationer, hvor de er til fare for andre – fx. overfalder medfanger eller personale – ofte så voldsomme, at der er nærliggende risiko for skader i forbindelse med episoden.

I disse tilfælde kan man ikke forlade sig på, at fangen selv sanser at bede om læge. Og det vil i sådanne, ofte dramatiske situationer være særlig urimeligt at kræve af personalet – som måske tilmed selv har været involveret i episoden – at de skal kunne skønne over, om der er behov for lægehjælp. Det er derfor nødvendigt at stå fast på en regel, der sikrer lægetilsyn i disse særlige tilfælde. Ikke for at legitimere eller muliggøre anbringelse i sikringscelle, men fordi der i disse rimeligt velafgrænsede tilfælde er en formodning for, at der foreligger en behandlingskrævende (psykisk) sygdom eller tilskadecomst. Således som de danske læge-etikere tolker de internationale krav, er det imidlertid overordentlig vanskeligt, for ikke at sige umuligt, at sikre, at der selv i disse tilfælde sker lægetilsyn. Efter deres opfattelse kan ingen omstændigheder fratage lægen retten til suverænt at bestemme, om han vil komme eller ej.

De gældende regler om sikringscelle foreskriver som nævnt også, at der skal

ske lægetilsyn mindst én gang daglig, når anbringelse i sikringscelle helt undtagelsesvis udstrækkes udover et døgn. Denne regel er også betænkelig i forhold til lægeetiske krav. Det bemærkes i den forbindelse, at Danmark har taget forbehold for en lignende bestemmelse i De Europæiske Fængselsreglers artikel 38, stk. 3, som siger, at fanger, der isoleres af disciplinære grunde, dagligt skal tilses af en læge. Baggrunden for forbeholdet er, at det daglige (automatiske) tilsyn kan opfattes som en lægelig legitimering af disciplinærstraffen. I samme omfang kan man vist med rette hævde, at dagligt tilsyn med sikringscelleanbragte i fangens øjne kan opfattes som legitimation. Når anbringelse i sikringscelle har varet udover et døgn, må man nok kunne antage, at den akutte ophidselse og eventuelle affektspændthed har lagt sig, således at fangen bedre vil være i stand til at vurdere, om han har behov for lægehjælp.

Medens de danske lægeetikere således udfolder store anstrengelser for at begrænse lægernes rolle i forbindelse med sikringscelleanbringelser, synes CPT umiddelbart at gå i den modsatte grøft. Komiteen siger således i sin 3. Generalrapport om psykisk syge og voldsomme fanger ("mentally disturbed and violent prisoners"): "Resort to instruments of physical restraint shall only very rarely be justified and must always be either expressly ordered by a medical doctor or immediately brought to the attention of such a doctor with a view to seeking his approval." En lignende opfattelse gav komiteen udtryk for i sin rapport til den danske regering. Danmark har ud fra lægeetiske synspunkter erklæret sig uenig med komiteen på dette punkt, og Den Almindelige Danske Lægeforening har støttet myndighedernes holdning. De danske indvendinger har da også fået CPT til i sit svar på de danske redegørelser at begrænse anbefalingen til kun at gælde egentlige psykotiske fanger ("mentally ill prisoners").

CPT's holdning bygger muligvis på samme opfattelse som den, der gives udtryk for i FN's lægeetiske regler (1982). Heri siges det, at en læge kun må deltage i sikringscelleanbringelse, hvis anbringelsen "is determined in accordance with purely medical criteria as being necessary for the protection of the physical or mental health or the safety of the prisoner or detainee himself, or his fellow prisoners or detainees, or of his guardians . . .". Det der her kaldes "purely medical criteria" er stort set identisk med de gældende kriterier for anbringelse i sikringscelle, men her kaldes begrundelsen vel og mærke "sikkerhedsmæssig", og anbringelse beslutes (derfor) af anstaltsledelsen og ikke af lægen. Man kunne måske hævde, at det derfor ikke så meget er selve anbringelsen eller begrundelsen herfor, der giver de etiske betænkeligheder, men derimod det forhold, at læger ikke må risikere at legitimere en afgørelse, som er truffet af andre end læger. Selv om lægernes holdning på denne måde kan synes at få et skær af fagforeningspolitik, er det nok rigtigt stadig at betragte problemet som i bund og grund af etisk karakter.

Fængselsmyndighederne står således til en vis grad i en situation, hvor der udsendes forskellige etiske signaler. Et som vil involvere lægerne mere i visse magtanvendelsessituationer og et andet som vil involvere dem mindre.

Hvis man lægger afgørende vægt på hensynet til fangens helbredstilstand, synes den etiske holdning, der går ud på at bevare lægens hænder absolut rene i forbindelse med sikringscelle m. v., at være den mest problematiske.

Det er, som anført ovenfor, nok muligt at strække sig meget langt for at imødekomme lægernes etiske betæneligheder på dette område, men ikke så langt, som Lægeforeningen finder det nødvendigt.

Man kunne måske med en vis ret hævde, at etikken på dette område stiller urimelige krav til virkeligheden. Det mener fx flere af kriminalforsorgens læger. Fra læge-etisk side er den måske lidt nidkære holdning til de etiske krav blevet forsvaret med, at det er vigtigt, at Danmark kan fremstå som et eksempel for andre lande. Formanden for Etisk Udvalg i Den Almindelige Danske Lægeforening, Katrine Sidenius, argumenterer således: ". . . Den danske lægestand ønsker at fastholde sit internationale renommé i sit arbejde for menneskerettighederne og for at sikre lægernes uafhængige status i lande, der ikke bygger på samme demokratiske principper som i Danmark." Med andre ord: det kan godt være, at det ikke er nødvendigt at stille så høje krav i Danmark, men for at lette danske lægers arbejde med at få andre lande til at leve op til kravene, må der ikke kunne rejses den mindste mistanke mod dem selv. De skal være så rene som Cæsars hustru.

Man kunne måske godt stille spørgsmålstegn ved, om det netop ud fra *etiske* overvejelser er rigtigt at acceptere en risiko for, at fanger i danske fængsler lider skade på grund af manglende lægetilsyn, alene for at vi kan holde fanen højt over for diktaturstater og lignende.

4.4. Sultestrejkkende fanger

Også sultestrejkkende er i en situation, hvor følelser og etik støder lydeligt sammen med virkelighedens krav.

Udgangspunktet for de etiske krav er WMA's Tokyo-deklaration (1975): "Hvis en fange nægter at tage næring til sig og af lægen anses for at være i stand til at foretage en usvækket og fornuftig vurdering med hensyn til følgerne af en sådan frivillig vægring mod at tage næring til sig, skal han eller hun ikke ernæres kunstigt." I WMA's Malta-deklaration (1991) om sultestrejke defineres en sultestrejkkende som "A mentally competent person, who has indicated that he has decided to embark on a hungerstrike and has refused to take food and/or fluid for a significant interval."

Det etiske problem ligger i, at man på den ene side ønsker at respektere menneskets selvbestemmelsesret, på den anden side har til opgave at redde liv.

Ved en ændring af den danske lægelov i 1992 har Folketinget prioriteret selvbestemmelsesretten højest og har bestemt, at en læge ikke må afbryde en iværksat spisevægring, når vægringen utvivlsomt er iværksat af en voksen, habil person, og denne er informeret om spisevægringens konsekvenser (§ 6, stk. 3). Det forudsættes endvidere, at den pågældende er blevet informeret om, at han ikke vil blive tvangsernæret, selv om han senere bliver inhabil på grund af sultestrejken.

Loven går vel videre end de etiske krav i Malta-deklarationen strengt taget fordrer. Disse rummer nemlig mulighed for, at lægen klart over for patienten kan tilkendegive, at han ikke vil respektere patientens beslutning om at dø, når han glider over i koma.

Det er bemærkelsesværdigt, at CPT i sin omtale af problemstillingen ikke giver udtryk for nogen selvstændig holdning, men i sin 3. Generalrapport blot konstaterer, at myndigheder og lægesammenslutninger i nogle lande foreskriver, at lægen skal gribe ind, når patienten bliver bevidstløs, det vil sige iværksætte tvangsernæring, medens man i andre lande overlader afgørelsen til lægen selv.

Afgørende for, om en sultestrejke skal respekteres, er altså bl. a., om strejken er blevet iværksat af en *habil* person. Heri må formodes at ligge, at den pågældende er i stand til at tænke fornuftsmæssigt og kan forstå rækkevidden af sine handlinger og undladelser. Det er vanskeligt at sige, hvor grænsen går. I den ene ende står de læger, der prioriterer livets hellighed så højt, at de anser enhver, der sætter livet på spil ved at sultestrejke, for inhabil. I den anden ende står de, der sætter lighedstegn mellem psykose og inhabilitet. Begge synspunkter er vel for unuancerede. Det første er helt klart for vidtgående i sin fuldstændige tilsidesættelse af selvbestemmelsesretten. Det andet er til gengæld for snævert. For mens det vist nok er uomtvistet, at man må anses for inhabil, hvis man er psykotisk, kan man formentlig godt være a-psykotisk og alligevel være i en sådan tilstand, at man må betegnes som inhabil i relation til en sultestrejkebeslutning.

De få tilfælde, vi i de seneste år i danske fængsler har haft med alvorlig ment sultestrejke, har vist, at der også blandt kriminalforsorgens læger er meget forskellig opfattelse af, hvornår en person, der iværksætter sultestrejke, må anses for habil. Når en person fx griber til sultestrejke, fordi han er blevet idømt en meget lang straf, som han slet ikke kan overse, skal man så respektere ham som habil, når man ved, at det er normalt, at man reagerer med desperation i sådanne situationer? – selvmordsrisikoen er som bekendt også ekstraordinær høj i disse tilfælde. Og når man nu ved, at denne desperation erfaringsmæssigt forsvinder efter forholdsvis kort tid – men dog længere tid end man vil kunne overleve en fuldstændig sultestrejke?

Blandt andet fordi habitetsvurderingen kan være vanskelig – og til en vis grad er afhængig af lægens personlige afvejning af patientens selvbestemmelses-

ret mod livets hellighed – foreskriver både Tokyo-deklarationen og Malta-deklarationen, at habilitetsspørgsmålet bør vurderes af mindst to læger uafhængigt af hinanden, ifølge Malta-deklarationen dog kun, hvis patienten selv ønsker det.

Den danske Kriminalforsorg har udarbejdet en såkaldt check-liste til brug for personalet – herunder det lægelige – i forbindelse med sultestrejke. Check-listen prætenderer at være i overensstemmelse med de etiske krav i Tokyo- og Malta-deklarationerne (og naturligvis også med lægeloven og de dertil hørende cirkulærer fra Sundhedsstyrelsen). Check-listen er udsendt til alle kriminalforsorgens institutioner og læger. Kriminalforsorgen har i forbindelse med check-listen tilføjet yderligere en etisk regel, nemlig den, at en sultestrejkende fange ikke bør dø i et fængsel. Baggrunden herfor er, at vi finder det forkert, at en fange, som typisk protesterer mod noget, der har forbindelse med frihedsberøvelsen, ikke får mulighed for at vurdere situationen i andre omgivelser end dem, som betinger sultestrejken. Erfaringer har vist, at en fange som hovedregel stopper sultestrejken, når fængslet kommer på afstand og sjældent genoptager den efter tilbageførslen til fængslet. Alligevel mener de mest puritanske etikere vist, at vi allerede her går ud over de etiske grænser, og at fanger burde have lov til at fuldføre deres hensigt i fængslet. Bl. a. af den grund, men måske især fordi en sultestrejkende ofte ikke ønsker nogen form for behandling – heller ikke af følgevirkningerne af sultestrejken – viser erfaringerne imidlertid også, at det kan være vanskeligt at få civile hospitaler til at modtage sultestrejkende. Når den pågældende ikke vil behandles, er der ikke tale om en lægelig opgave, hævder man med henvisning til de etiske principper, fx det tidligere nævnte princip 3 i FN's etiske regler (1982). Men hvis forholdet nu er det, at selve overførslen til civilt hospital erfaringsmæssigt løser op for situationen, er det nu vanskeligt at se, at hospitalsopholdet ikke har til formål at "beskytte eller forbedre" fangens helbred.

Med de erfaringer vi hidtil har haft på dette område, kan man imidlertid næppe bortse fra, at nogle sygehuse også fremover vil nægte at modtage sultestrejkende, fordi de principielt ikke er kommet for at blive behandlet, men for at dø, hvorfor det betragtes som uetisk at hospitalisere dem. Det er muligt, at en sådan opfattelse er etisk forsvarlig, men særlig human kan man da ikke kalde den.

5. SAMMENFATNING

Kriteriet for det udvalg af emner, der er medtaget i dette indlæg, har været, at de etiske krav skulle vedrøre særlige sårbare grupper af fanger. Dem er der flere af end dem, der er blevet nævnt. Det kunne således have været (lige så) relevant at se på kravene til behandlingen af etniske minoriteter (det vil i Danmark sige

grønlandere), udlændinge, asylansøgere, narkomaner og grupper af fanger, som forfølges af medfanger på grund af deres kriminalitet etc. Rammerne for dette indlæg har imidlertid sat snævre grænser for, hvor mange problemer, der har kunnet tages med.

Formålet med det foretagne udvalg har da også primært været at belyse, hvor talrige og detaljerede de internationale etiske krav er blevet, og hvor stor indflydelse de har på det daglige liv i fængslerne. Men dernæst har formålet også været at advare mod, hvad nogle har kaldt "etisk fundamentalisme". Hensigten med de etiske regler er jo at sikre den "rigtige" behandling af fanger i overensstemmelse med de værdier, som bør gælde mennesker imellem. Det er derfor uetisk, hvis man accepterer at prisgive enkelte for at kunne opretholde "de høje værdier" i deres yderste konsekvens. Eller som den danske justitsminister Erling Olsen har udtrykt det i en kommentar til betænkningen om fagligt etiske regler for jurister: "Renlighed er godt – men rensmidlerne kan blive for skræppe."

Fremstillingen har også vist, at man på visse områder kan finde modsatrettede etiske krav. Det er der for så vidt ikke noget opsigtsvækkende ved. Andenæs berører problemet i bogen "Straff, almenprevensjon og kriminalpolitikk": "Etiske spørgsmål kan ikke bli endelig avgjort ved analyse og argumentasjon. I siste omgang må vi ta standpunkt baseret på personlige følelser eller . . . personlige verdier." Noget lignende har Jacques Bernheim, en velkendt ekspert i lægeetik og tidligere vicepræsident for CPT, givet udtryk for: "Ethical reasoning does not lead to single solutions, but it makes more clear what is really being done in terms of values."

Det har ikke været hensigten at hævde, at grænsen for etiske krav nu er nået, men alene, at de bør affattes og ikke mindst bruges med omtanke. "In every case a reasonable balance should be found in which the care of patients and the respect of basic human rights are weighed against public security and available resources", siger professor Bernheim med en befriende – næsten nordisk – pragmatisme.

Strømmen af etiske regler er ikke tørret ud, og vil næppe nogensinde gøre det. For nylig har Europarådets Ministerkomité vedtaget et omfattende sæt regler vedrørende Community Sanctions and Measures – en parallel til de Europæiske Fængselsregler – og som tidligere nævnt er der yderligere lægeetiske regler på vej i Europarådet. Den vigtigste nyskabelse vil nok blive den 9. Tillægsprotokol til Den Europæiske Menneskerettighedskonvention om visse rettigheder for frihedsberøvede. Denne protokol, som, i hvert fald i Danmark, bliver national ret ved en eventuel ratifikation, stiller på visse punkter større krav, end Danmark og formentlig også de øvrige nordiske lande umiddelbart kan honorere. Det gælder bl. a. de ret vidtgående krav om tolkebistand til udlændinge.

Set i lyset af den stadige strøm af etiske regler er det en fordel, at flere af de nordiske fængselsvæsenere og både fængslernes og politiets personaleorganisatio-
ner selv har udarbejdet etiske regler for deres virksomhed, og ikke mindst at
store dele af personalet har deltaget i processen, såvel i forbindelse med udarbej-
delsen som i forsøgene på at relatere principperne til den daglige virksomhed.
Kun hvis de etiske krav indgår som en fast bestanddel af uddannelsen af fæng-
selspersonalet, og kun hvis personalet løbende beskæftiger sig med selv at disku-
tere og anvende de etiske regler i dagligdagen, kan man opnå det, som de etiske
krav tilsigter og samtidig modvirke den følelse af afmagt, som mængden af eti-
ske regler ellers risikerer at medføre. Det er også nærmest den konklusion, CPT
kommer til i sin 2. Generalrapport: "Finally, the CPT wishes to emphasise the
great importance it attaches to the training of law enforcement personnel (which
should include education on human right matters . . .). There is arguably no
better guarantee against the ill-treatment of a person deprived of his liberty than
a properly trained police or prison officer. Skilled officers will be able to carry
out successfully their duties without having recourse to ill-treatment and to
cope with the presence of fundamental safeguards for detainees and prisoners."

HENVISNINGER

United Nations Principles of Medical Ethics relevant to the Role of Health Personnel,
particularly physicians, in the protection of Prisoners and Detainees against Torture and
other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (1982).

United Nations Code of Ethics for Law Enforcement Officials (1979).

United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (1955 og 1977).

United Nations Standard Minimum Rules for the Administration of Juvenile Justice
("The Beijing Rules") (1985).

United Nations Rules for the Protection of Juveniles Deprived of their Liberty (8th Uni-
ted Nation Congress on the Prevention of Crime and the Treatment of Offenders, Havana,
Cuba (1990).

Bekendtgørelse (nr. 6, 16. januar 1992) af FN-Konvention af 20. november 1989 om Bar-
nets Rettigheder.

De Europæiske Fængselsregler (1987).

European Health Committee (CDSP) – 1993 – 1994 Co-ordinated Medical Research Pro-
gramme. Organisation of Health Care for Institutionalized Populations: Prisoners in
Custody (Strasbourg 1993).

Committee of Experts for the Development of Human Rights (DH-DEV). Working Group
on Conditions of Detention. Report of the Meeting held from 13 to 15 January 1993.

European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treat-
ment or Punishment (CPT):

– 2nd General Report on the CPT's activities covering the period 1 January to 31 Decem-
ber 1991, Strasbourg 1992.

– 3rd General Report on the CPT's activities covering the period 1 January to 31 Decem-
ber 1992, Strasbourg 1993.

Report to the Danish Government on the Visit to Denmark carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (Strasbourg 1991).

World Medical Association Declaration of Tokyo (1975).

World Medical Association Declaration of Malta on Hungerstrikes. Adopted by the 43rd World Medical Assembly (Malta, November 1991).

Johs. Andenæs: "Straff, Almenprevensjon og Kriminalpolitikk". (Oslo 1990).

Jacques Bernheim: "Medical Ethics in Prison." *Criminal Behaviour and Mental Health*, 3/1993, p. 85–96.

Katrine Sidenius, *Ugeskrift for Læger*, 1992; 154/31 p. 69–71 og 1993; 155/2 p. 127.

Heidi Hansen: "Den situationsløse Etik", *Ugeskrift for Læger* (1993; 155/2 p. 126f.).

Peter Kramp: "Etisk fundamentalisme? Eller almindelig forvirring?", *Ugeskrift for Læger* (1993; 155/14 p. 1079–1081).

Betænkning nr. 728/1974 om Anholdelse og Varetægt.

"Fagligt etiske principper i offentlig administration". Betænkning afgivet af DJØF's fagligt etiske arbejdsgruppe (København 1993).

Adresse: Vicedirektør William Rentzmann
Direktoratet for Kriminalforsorgen
Klareboderne 1
DK-1115 København K