

Indsattes ret til sundhed: Etiske udfordringer i danske fængslers sundhedsbetjening

Mathilde Carøe Munkholm

Retten i Samfundet, Juridisk Institut, Det Samfundsfaglige Fakultet, SDU
mammi@sam.sdu.dk

Munkholm, Mathilde Carøe. 2022. Indsattes ret til sundhed: Etiske udfordringer i danske fængslers sundhedsbetjening. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, nr. 36, 59-74

Indsatte i kriminalforsorgens institutioner har ret til sundhed på lige fod med personer i det omgivende samfund. Da der i kriminalforsorgens institutioner gælder retlige såvel som praktiske foranstaltninger i forhold til sikkerhed og strafforhold må fængslets sundhedspersonale foretage etiske overvejelser, som på flere måder adskiller sig fra sundhedspersonalets praksis i det øvrige sundhedsvæsen. Spørgsmålet er, hvordan vilkår forbundet med straf-fuldbyrdelse påvirker sundhedspersonalets etiske handlerum? Spørgsmålet besvares ved hjælp af kvalitative metoder i form af etnografisk feltarbejde bestående af observationer af konsultationer (N=37) i forskellige regimer inden for kriminalforsorgen og feltsamtaler med personale (N=19). Feltarbejdet er suppleret med dybdegående kvalitative interviews (N=4) med fængslets sundhedspersonale. Det empiriske grundlag vil illustrere sundhedspersonalets etiske udfordringer i mødet med indsatte og andre personalegrupper. Analysen finder, at sundhedspersonalet i deres praksis må tage højde for fængselsregimets sikkerheds- og kontrolhensyn, når de gælder indsatte adgang til sundhedsydelse, egen sikkerhed og ordination af specifikke typer medicin.

Prisoners' right to health: Ethical challenges in prison healthcare in Denmark

Prisoners possess the right to health care on equal terms with people in free society. However, in Danish prisons and detentions legal and practical arrangements regarding safety and sentence enforcement call for the prison healthcare staff to consider ethical and moral questions divergent to the questions they encounter outside prisons. The question is, in which way the prison conditions affect the health care professional's ethical conduct? The question is answered by applying qualitative methods in the shape of ethnographic fieldwork comprising empirical data, consisting of observations in the consultation room (N=37) and field conversations (N=19). The ethnographic data is supplemented by interviews with prison health care staff (N=4). The empirical foundation will illustrate the ethical challenges arising in health care staff's meetings with inmates and other staff groups employed in prison. The findings of the analysis show that healthcare staff in prisons must navigate in a context where security and sentence enforcement is prioritised above health care. The health care staff must consider security and the rules of the prison when securing prisoners access to health, managing own security and the prison culture.

Introduktion

Ifølge straffuldbyardelseslovens § 45 har de godt 4000 indsatte¹ og varetægtsarrestanter, som dagligt befinder sig i kriminalforsorgens institutioner, ret til sundhedsmæssig bistand på lige fod med den øvrige befolkning² (Direktoratet for Kriminalforsorgen, 2019). Den primære sundhedsbehandling varetages af kriminalforsorgens sygeplejersker, læger, tandlæger, psykiatere og psykologer i fængslet, mens den sekundære behandling foregår via transporter eller udgange til regionernes sundhedsbehandling. Det danske sundhedsvæsens formål er at fremme befolkningens sundhed samt forebygge og behandle sygdomme i befolkningen³, mens kriminalforsorgens formål dels er at fuldbyrde de straffe, som idømmes af domstolene og dels at begrænse kriminalitet i samfundet gennem kriminalitetsforebyggende indsatser (Direktoratet for Kriminalforsorgen, 1993, 2021). Selvom kriminalitetsforebyggende indsatser kan betragtes som værende i overensstemmelse med sundhedsbehandlingens formål, står det sundhedsfaglige formål i kontrast til fængselskonteksten, da frihedsberøvelse kan forårsage mental og fysisk dårligdom. Det betyder, at sundhedspersonalet arbejder under etisk unikke omstændigheder, hvor de skal yde sundhedsbehandling i en kontekst, der aktivt

kan modarbejde sundhedsbehandlingens grundlæggende værdier (Gadow, 2003; White, Jordens & Kerridge, 2014).

Sundhedspersonale, som praktiserer i fængsler, er ledet af de samme etiske værdier, som gør sig gældende for det øvrige sundhedsvæsen, selvom de befinder sig i en kontekst, som er styret af et formål om straffuldbyrdelse. Af centrale etiske værdier indenfor sundhedsbehandling er respekt for patientens integritet, autonomi og værdighed (Hartlev, Hybel & Bak Mortensen, 2017). På grund af fængslets formål om fuldbyrdelse af fængselsstraf kan det være særligt svært for personalet at leve op til disse værdier og at udvikle en praksis, som alene er rettet mod sundhedsplejens formål (Niveau, 2007). Udover at være opmærksom på spændinger, som opstår mellem straffuldbyrdelse og sundhedsbehandling, skal sundhedspersonalet samtidig varetage egen sikkerhed, forebygge at indsatte skader sig selv eller hinanden, samarbejde med fængselsbetjente og manøvrere i de materielle og fysiske begrænsninger, som påvirker indsatte og personalets bevægelsesfrihed. Disse forhold kan alle have indvirkning på sundhedspersonalets etiske stillingtagen i deres professionelle virke i en fængselskontekst (White et al., 2014).

Den amerikanske professor i sundhedsetik og sygeplejefilosofi Sally Gadow (2003) finder, at selve frihedsberøvelsen modarbejder sygeplejens etiske grundpille om at forbedre patientens helbred og undlade at gøre skade. Hvor sundhedsbehandling i det øvrige samfund ofte begrænses af situationsbaserede økonomiske, ideologiske og politiske årsager, er sundhedsplejen i fængsler ofte begrænset af sikkerheds- og kontrolrelaterede vilkår for sundhedsbehandling, hvilket gør den etisk unik. Et andet amerikansk studie finder tilsvarende, at fængsels-sygeplejersker oplever, at deres praksis i fængslet er præget af forhandlinger af grænserne mellem sundhed og forvaring (care and custody) og at det er en kilde til frustration, når fængslets regler begrænser mulighederne for at have en tæt relation med indsatte og finde tid til at have en dybdegående samtale. Dertil tænker sundhedspersonalet ofte på egen sikkerhed, hvor fængselsbetjentene har en afgørende rolle for deres følelse af tryghed (Weiskopf, 2005). Australske forskere i medicin og etik White et al. (2014) konkluderer ligeledes, at spørgsmålet om sikkerhed optager sundhedspersonalet i forhold til beskyttelse af indsatte overfor andre indsatte, overfor indsatte selv og for sundhedspersonalets egen sikkerhed i mødet med indsatte. Dertil oplever sundhedspersonalet, at sikkerhed, kontrol og juridiske forhold kommer før hensyn til indsatte helbred, hvilket går igen i flere undersøgelser (Weiskopf, 2005; White et al., 2014). Andre dilemmaer indbefatter etisk problematiske valg på grund af strukturelle, organisatoriske og relationelle faktorer i fængslet, der kan resultere i oplevelser af moralsk stress blandt fæng-

selssygeplejerskerne (Carnevale, Delogu, Bagnasco & Sasso, 2018; Lazzari et al., 2020).

Lignende balancegange mellem modsatrettede hensyn i fængselspersonalets arbejde findes også i forskning på området for fængselsbetjentes følelsesmæssige arbejde og selvrepræsentation i mødet med indsatte. Studier peger på, at fængselsbetjentenes håndtering af følelser og omsorgsarbejde, såkaldt *emotional labour*, har indflydelse på hverdagen i fængslet og arbejdet med indsatte (se f.eks. Nyländer, Holm & Lindberg (2021), Crawley (2004), Tait (2011)). Fængselsbetjentene skal i deres arbejde balancere hensynet til kontrol overfor formål om resocialisering, hvilket også er forhold, som er reflekteret i strategier og formålsbeskrivelser fra kriminalforsorgen, herunder f.eks. kriminalforsorgens principprogram (Direktoratet for Kriminalforsorgen, 1993) og seneste flerårsaftale for kriminalforsorgen (Justitsministeriet, 2021).

I denne artikel udfoldes de etiske udfordringer, som sundhedspersonalet i kriminalforsorgens institutioner står overfor med særligt fokus på sundhedspersonalets syn på og håndtering af de straffuldbyrde relaterede begrænsninger, som opstår i kraft af de modsatrettede formål, der eksisterer på deres arbejdsplads. Fængslet som ramme for både disciplinerende sanktioner og misbrugsbehandling af dømte, er beskrevet i dansk kontekst med fokus på, hvordan disse to systemer kan praktiseres side om side (Kolind, 2017). Fundene i nærværende artikel søger at besvare følgende spørgsmål: Hvordan påvirker vilkår forbundet med straffuldbyrde sundhedspersonalets etiske handlerum?

Etik og sundhedspleje i fængsler

Etikbegrebet, som anvendes i denne artikel, skal forstås i den specifikke kontekst, som fængslet udgør. I forståelse af etikens rolle i fængslets sundhedsbehandling er det relevant at inddrage en diskussion af det dobbelte loyalitetskrav, som oprindeligt er beskrevet af Bloche (1999) til at beskrive etikens samspil med samfundets interesser i den lægelige praksis. Det dobbelte loyalitetskrav opstår som en generel dobbelthed, som læger må navigere i, og er udtryk for en konflikt mellem etik og ret, der medfører, at lægers faglighed og loyalitet overfor patienten i stigende grad presses af at skulle opfylde krav, der imødekommer samfundets interesser fremfor patientens. Det er ifølge Bloche (1990) nødvendigt, at læger kan balancere den etiske afvejning, som gælder mellem pligten overfor samfundet såvel som patienten, altså en anerkendelse af konflikten mellem *“public service og*

private duty" (Bloche, 1999: 269-270). Det dobbelte loyalitetskrav kan også findes i en fængselskontekst, hvor personalet befinder sig i et regime, som er markant anderledes fra øvrig klinisk praksis. Sundhedsbehandling i fængsler er således både rettet mod indsatte helbred, såvel som mod sikkerhed og tilgængelige resourcer i fængslet, hvilket sætter sundhedspersonalet i en dobbelt rolle, hvori de skal navigere som det den canadiske sociolog Jacob (2012: 178) beskriver som "*agents of care and agents of social control*." De etiske overvejelser, som sundhedspersonalet står overfor i behandlingen af indsatte, gælder særligt i spørgsmålet om loyalitet overfor pligten til at behandle den indsatte overfor de gældende vilkår for straffuldbyrdelse (Lehtmetts & Pont, 2014: 25). Denne rolle medfører et dobbelt loyalitetskrav, som opstår i konflikten mellem at skulle varetage indsatte rettigheder som patienter samtidig med, at forpligtelser til fængselsystemet efterledes (Freshwater, Fisher & Walsh, 2015; Pont, Stöver & Wolff, 2012). Sundhedspersonalet er f.eks. bindeleddet mellem patienten og en tredjepart, når en lægeerklæring er nødvendig for at få ret til sociale ydelser eller henvises til specialbehandling udenfor fængslet. Pont et al. (2012) uddyber, at de udløsende faktorer for dobbelte loyalitetskrav i en fængselskontekst angår hensyn vedrørende sikkerhed, ideologi eller økonomi i deres praksis. Pont et al. (2012: 477) finder, at sundhedspersonale, som er fuldtidsansat i fængsler, er i større risiko for at blive underlagt fængslets kultur og normer på en måde, som er modstridende med patientens interesser. Personalet får på denne måde en dobbelt rolle og skal agere indenfor fængselsregimets rammer, samtidig med, at de skal løfte sundhedsfaglige opgaver overfor indsatte. Herved opstår en etisk problematik, som er specifikt for arbejdet med sundhedsbehandling i fængsler.

Metode og præsentation af data

Det etnografiske feltarbejde giver et indblik i, hvordan personalet organiserer deres arbejdsopgaver og samarbejder både med hinanden og andre faggrupper i løbet af en dag. Formålet med at foretage observationsstudier er at få indblik i de særlige arbejdsvilkår, som gør sig gældende i et fængsel og som kan påvirke personalets etiske handlerum. Efter at have foretaget generelle observationer er det ideelt at gennemføre fokuseret observation, hvor bl.a. feltsamtaler med uformelle spørgsmål anvendes til at nuancere observationerne (Spradley, 1980).

Det etnografiske feltarbejde bestod af, at jeg enten fulgte en enkelt sundhedsmedarbejder igennem en arbejdsdag eller tilbragte en dag i fængslets sygeafde-

ling, hvor jeg observerede og talte med flere medarbejdere i de respektive institutioner. Denne tilrettelæggelse af feltarbejdet gjorde det muligt at komme tæt på praksis mellem sundhedsmedarbejder og indsat, og dertil foretage observationer i sygeafdelingen, indsattes opholdsrum (celler), på sundhedspersonalets kontorer, fængselsbetjentenes vagtrum, personalerum samt i konsultationslokalerne. Der er i alt gennemført observationer over en periode på 13 dage på sygeafdelingen i to af kriminalforsorgens lukkede og åbne fængsler samt fire arrester. Der er observeret i alt 37 konsultationer mellem en indsat og fængslets sundhedspersonale. Som supplement til observationerne er der gennemført feltsamtaler med i alt 19 medarbejdere på sygeafdelingerne fordelt på 11 sygeplejersker, fire fængselsbetjente, tre læger og en tandlæge. Personalet repræsenterer medarbejdere med og uden ledelsesansvar. Feltsamtalerne omhandler bl.a. behandling af indsatte, deponering af medicin og hverdagen i fængslet. Feltnoternes udformning er primært skrevet ud fra et princip om, at observationerne beskrives så konkret som muligt uden at anvende generaliseringer samt ved gengivelse af informanternes egne ord og beskrivelsesmåder (Spradley, 1980). Dertil er der foretaget fire dybdegående semistrukturerede kvalitative interviews med to læger og to sygeplejersker, der varetager sundhedsbetjeningen i det ene af de besøgte fængsler. I interviewene såvel som i feltsamtaler indgår emner som f.eks. 1) personalets rolle i fængslet, 2) overvejelser om arbejdsmiljø og indsattes afsoningsforhold, og 3) mødet med indsatte. Spørgsmålene er kontinuerligt blevet tilpasset fund og interessepunkter (ibid.). Interviewene er gennemført i enerum med informanten enten i et konsultationslokale eller på et kontor i fængslet og er optaget på diktafon og herefter transskriberet. Transkripter og feltnoter er blevet tematiseret gennem kodning i softwareprogrammet Nvivo (Kvale & Brinkmann, 2015). Tematiseringen blev gennemført ved gennemlæsning af transkripter og udarbejdet eksplorativt under bearbejdningen af data. Koderne er derved udtryk for tematikker, som trådte frem og dannede mønstre i materialet, og fik overskrifter som f.eks. "misbrug", "psykisk sygdom", "motivation", "retten til sundhed", "følelesarbejde" og "sikkerhed og kontrol". Koderne blev dernæst anvendt som et redskab til at konkretisere den videre analyse og udvælge nedslagspunkterne om adgang, sikkerhed og medicinordination.

Alle informanter har givet enten skriftligt eller mundtligt samtykke til at deltage i undersøgelsen og er blevet informeret om undersøgelsens emne, formål og metode. På grund af hensynet til anonymisering betegnes alle deltagere som "sundhedsmedarbejdere" i nedenstående analyse uagtet deres funktion i sundhedsbetjeningen. Henvisninger til interviewpersoner er angivet med et tildelt

nummer (f.eks. IP 1), hvilket henviser til udtalelser fra en sundhedsmedarbejder i enten interview eller feltsamtale. Observationer fra feltnoter er også tildelt og angivet med et nummer pr. feltdag (f.eks. Feltnote 1). Research & Innovation Organisation (RIO) ved Syddansk Universitet har godkendt, at indsamling og behandling af data, som fremgår i artiklen, er i overensstemmelse med GDPR-reglerne.

Det empiriske materiale er alene et udtryk for et øjebliksbillede af sundhedspraksis i de pågældende fængsler. Den indsamlede empiri kan imidlertid i sammenhæng med eksisterende forskning på området give et indblik i de generelle etiske udfordringer, der opstår i spændingsfeltet mellem fængselssystemet og sundhedsbehandlingen, og som påvirker sundhedspersonalets etiske handlerum.

I den følgende analyse udforskes, hvordan fængslets strukturelle rammer skaber et særligt handlerum for udførelse af sundhedsbehandling i danske fængsler samt belyser sundhedspersonalets syn på og håndtering af de straffuldbyrdsrelaterede begrænsninger, som giver anledning til etiske udfordringer.

Kriminalforsorgens sundhedsbetjening

Sundhedsbetjeningen af indsatte i danske fængsler og arrester hører under kriminalforsorgen, som er en del af Justitsministeriets ressort. Kriminalforsorgen er organisatorisk opdelt i fire regionale områder, som dækker Hovedstaden, Sjælland, Syddanmark samt Midt- og Nordjylland. Hvert kriminalforsorgsområde ledes fra områdekontoret, hvorfra der refereres til Direktoratet for Kriminalforsorgen. I Direktoratet for Kriminalforsorgen hører sundhedsområdet for nuværende under Koncern Resocialisering. Organiseringen af sundhedsbetjeningen varierer indenfor kriminalforsorgens fire regionale områder og mellem de enkelte arresthuse og fængsler (Implement Group, 2016: 1616). Hvad angår Område Syddanmark og Område Hovedstaden er der ansat en overlæge, som har det ledelsesmæssige ansvar for sundhedspersonalet i området, hvorimod der pr. 1. september 2020 i Kriminalforsorgen Nord- og Midtjylland samt Kriminalforsorgen Sjælland ikke er ansat overlæger⁴. Hovedparten af sygeplejerskerne er ansat af kriminalforsorgen og er typisk tilknyttet flere matrikler med undtagelse af de store fængsler og arresthuse, der har op til flere fast tilknyttede sygeplejersker. Læger er enten ansat af kriminalforsorgen eller honoraransatte gennem virksomheden Live8 (Implement Group, 2016: 16, 8416, 8484). Specialiseret lægebehandling og sygehusbehandling varetages af det centrale sundhedsvæsen. I 2019 udgjorde indsattes udgange til lægeundersøgelse i det centrale sundhedsvæsen i alt 9.048 udgange, hvilket udgør

25 procent af alle udgangsformål. Dog går 83 procent af udgange fra åbent regi, hvorfor det derfor må antages, at indsatte i lukkede fængsler og arrester i mindre grad modtager behandling udenfor fængslet (Direktoratet for Kriminalforsorgen, 2019). Med enkelte undtagelser er der ikke indgået en formaliseret samarbejdsaf-tale med det centrale sundhedsvæsen og samarbejdet bæres i stedet af de enkelte sundhedsmedarbejdere og fængselsbetjente på matriklerne. Dertil har fængselsbetjente på alle matrikler en central funktion, når det gælder formidling af indsat-tes kontakt til sundhedspersonalet, ved medicinudlevering, transport til sundhedstilbud udenfor fængslet og sikkerhedsopgaver relateret til sygeafdelingen. Dette gælder særligt i de 24 mindre arresthuse, hvor der ikke er en sygeplejerske fast tilknyttet (Implement Group, 2016: 1616).

Under et fængselsophold foretager indsatte langt de fleste aktiviteter indenfor fængslet, som f.eks. arbejde, overnatning og fritid. Især de lukkede fængsler og arresthuse kan derfor forstås i terminologien som en "total institution" (Goffman, 1967). Den primære sundhedsbehandling afvikles i fængslet, hvilket betyder, at indsatte kan blive tilset af en læge eller sygeplejerske uden at skulle udenfor fængslet. I de lukkede fængsler kan indsatte også behandles af tandlæge, psykiater og i et vist omfang af psykolog (Implement Group, 2016). Dertil er det fængslets læge eller sygeplejerskes opgave at henvise videre til behandling udenfor fængslet. I mødet mellem indsatte og fængslets sundhedspersonale har indsatte i rollen som patient forskellige rettigheder, som f.eks. retten til behandling og fortrolighed, som de bevarer, selvom indsatte også er underlagt vilkår om straffuldbyrdelse. Rettighederne er samtidig udtryk for etiske standarder, som sundhedspersonalet skal opfylde.

Indsattes rettigheder som patient

Forhandlingen mellem sikkerhedshensyn og sundhedsbehov kom til udtryk hos en sundhedsmedarbejder i en mindre lukket institution, som fortalte, at "*fængsels-systemet mangler forståelse for at indsatte kan være patienter, og det begrænser behandlingsmulighederne*" (IP 5). Flere sundhedsmedarbejdere lagde vægt på, at indsatte er dømt til frihedsberøvelse, ikke til ringere sundhedstilstand og at det derfor er vigtigt for dem, at indsatte ikke modtager en behandling af lavere kvalitet, end de ville udenfor. I et interview fortæller en sundhedsmedarbejder i et lukket fængsel om indsattes ret til at modtage sundhedsbehandling på lige fod med resten af befolkningen: "*Man skal bistå [indsatte, så de] kan få det bedste ud af det trods alt. De*

er på ingen måde sundhedsdømt. De er dømt i forhold til, at de skal være frihedsberøvede ikke sundhedsdømte." Samme sundhedsmedarbejder uddyber, at vedkommende accepterer præmissen om, at indsatte sidder inde i fængslet, hvorfra de skal have sundhedsbehandling (IP 1). En anden sundhedsmedarbejder beskriver retten til sundhedsbehandling i samme tråd: "Straffen er frihedsberøvelsen og behandlingen skal være uden hensyntagen til hvad de har gjort" (IP 3). Samtidig udtrykker sundhedsmedarbejderen desuden fuld forståelse for de begrænsninger, som fængselskonteksten medfører og konkluderer, at det centrale er, at den indsatte kan få den bedste behandling indenfor fængselsmurene, hvis en transport ud af fængslet er umulig (IP 3). Af samtalerne med sundhedspersonalet fremgår det, at personalets tilgang til sundhedsbehandlingen hviler på en ambition om at give bedst muligt behandling, mens der også udvises forståelse for de begrænsninger og barrierer, som er vilkårene for at arbejde i et fængsel. De særlige forhold, som begrænser sundhedspersonalet i at opfylde deres formål, er et emne, som fylder i sundhedspersonalet i deres hverdagspraksis. I det følgende fokuseres på tre områder, hvor sundhedspersonalet kan møde barrierer i sundhedsbehandlingen af indsatte. Det drejer sig om henholdsvis adgangen til indsatte, personlig sikkerhed og medicinnordination.

Adgang til sundhedsbehandling

I sikringen af lige adgang til behandling er sundhedspersonalets mulighed for at tilse og få transport til indsatte central. Der er dog en række omstændigheder, som kan begrænse disse muligheder. En sundhedsmedarbejder i en mindre institution fortæller, at en arrestant blev kaldt i retten samme dag, som fængselslægen kom på sit ugentlige besøg og arrestanten måtte derfor vente en ekstra uge med at blive tilset (IP 5). I et andet fængsel havde der "været ballade" på et par af afdelingerne i fængslet, som herefter var blevet "lukket ned". Indsatte på disse afdelinger kunne derfor ikke komme over til sundhedsklinikken og blive tilset af sygeplejersken som planlagt. Sundhedspersonalet måtte i stedet tilse indsatte på deres celler og en enkelt blev tilset på en gang, hvor han var ved at gøre rent (IP 13). Dertil kan udgange i forbindelse med indlæggelse på hospital mv. udgøre særlige problematikker for sundhedspersonalet, da sikkerhedsmæssige hensyn skal vurderes og opfyldes før en udgang til specialbehandling eller afsoning på et hospital kan ske på baggrund af en sundhedsfaglig vurdering (IP 3). White et al. (2014) finder også, at nødvendigheden af transporter ud af fængslet kan være vanskelige at få i stand,

da det betyder, at fængselsbetjente må tage ud af fængslet, hvilket kan være svært i fængsler med få fængselsbetjente. I danske fængsler kan antallet af betjente også påvirke muligheden for at få indsatte til behandling udenfor fængslet. Om akuttransporter fortæller en sundhedsmedarbejder i et lukket fængsel følgende:

Vi har selvfølgelig også lidt et ansvar for at [fængslet] kan køre rundt. Nogle gange er det også bare vildt frustrerende, når der er sket noget akut og man ringer op [til betjentene] og de så siger 'det kan vi ikke, for vi har ikke nogen betjente, så må nogen blive til i aften.' Det er jo selvfølgelig svært at stå i den, og så kan vi jo få et møgfald.
(IP 4)

Citatet viser, at sundhedspersonalet oplever det som ubehageligt, når betjentene er underbemandede i forhold til at transportere en indsat til akutbehandling og kan resultere i, at medarbejderen må afveje, hvordan den gode relation med betjentene bevares, samtidig med at indsatte kan modtage relevant sundhedsbehandling. Sundhedsmedarbejderens mulighed for varetagelse af en indsats helbred er således i praksis tæt forbundet med, om fængselsbetjentene har mulighed for at varetage sikkerheden i forbindelse med en udgang til et hospital. Når sundhedsmedarbejdere må overveje betjentes tilgængelighed i forbindelse med transporter ud af fængslet, skal det ses i sammenhæng med, at antallet af fængselsbetjente over de sidste 10 år er faldet med 23 %, mens belægsgraden i de danske fængsler er steget (Justitsministeriet, 2021). Mangel på fængselsbetjente kan bidrage til at forklare, hvorfor sundhedsmedarbejdere inddrager overvejelser om, hvordan og hvornår fængselsbetjente inddrages i sundhedsbehandlingen. Dertil er relationen til fængselsbetjentene og fængslets øvrige personale vigtig, da dårlige samarbejdsrelationer til fængslets øvrige personale kan være en kilde til frustration og moralsk stress hos fængslets sygeplejersker, når de ikke kan leve op til deres sundhedsetiske mål og yde den optimale behandling for indsatte (Carnevale et al., 2018; Lazzari et al., 2020).

Egen sikkerhed

Fængslets kontekst betyder at varetagelse af egen sikkerhed også optager sundhedspersonalet, hvilket kan komme til udtryk gennem en adfærd, som personalet tilegner sig i arbejdet. Udover fængslets almene sikkerhedsforanstaltninger (videokamera, alarmer, tremmer foran vinduer), observeredes specifikke sikkerhedsrelaterede foranstaltninger på sundhedspersonalets arbejdsområder, f.eks.

en stribet linje på sundhedsklinikkens gulv som indsatte ikke må krydse, en særlig luge til metadonudlevering, åbne døre under konsultationer, tilstedeværelse af betjente (Feltnote 2-4)). Dertil bidrager formaliserede arbejds gange til beskyttelsen af sundhedspersonalets sikkerhed. F.eks. skal sundhedspersonalet meddele afdelingens fængselsbetjente, at de skal besøge en indsat og med enkelte undtagelser er det fængselsbetjentene, som følger indsatte frem og tilbage til fængslets sundhedsklinik. Dertil findes der blandt medarbejdere også uformelle sikkerhedsrutiner. En sundhedsmedarbejder i et lukket fængslet fortæller, at det sikkerhedsmæssige aspekt *"er noget som man automatisk har fået bygget ind i sin måde at være på herinde"* (IP 8), og uddyber, at det f.eks. gælder om ikke at sidde med ryggen mod døren og være tættest på døren ved cellebesøg. Flere sundhedsmedarbejdere fortæller, at de altid har en fængselsbetjent med som følge, når indsatte skal have dårligt nyt f.eks., hvis de ikke kan få en type medicin, som de har efterspurgt (IP 8, 12). Sikkerhed viser sig for personalet som et grundvilkår, hvor fængselsbetjentene også spiller en vigtig (Weiskopf, 2005). Udover de ovennævnte fysiske og formaliserede sikkerhedsforanstaltninger, kan personalet udvikle personlige metoder til at minimere sikkerhedsrisici, såsom vurdering af indsattes sikkerhedsrisiko (White et al., 2014). En sundhedsmedarbejder fortæller, at muligheden for at orientere sig i indsattes domme gør det muligt at tage ekstra forholdsregler overfor indsatte baseret på deres kriminalitetshistorik (IP 2). Andre sundhedsmedarbejdere gav udtryk for, at de i reglen foretrækker ikke at kende indsattes kriminalitet og alene orienterede sig i kriminalitetens art, hvis de følte det var nødvendigt (IP 3, 8, 13, 14). White et al. (2014) finder, at selvom adgang til indsattes kriminalitetshistorie kan være en effektiv måde at risikobedømme et kommende møde med en indsat på, så er det ikke uden etiske og moralske udfordringer, når personalet får adgang til viden, som ikke er sundhedsmæssigt relevant. I forhold til ligestillingsprincippet kan det desuden også være problematisk, at sundhedspersonalet kender til indsattes kriminalitet, da de ikke må indrette deres praksis efter, hvilken kriminalitet indsatte har begået (Neiman, 2019). I praksis er det en viden, som personalet ofte har og kan opsøge, men det kan også være viden, som de ufrivilligt modtager af enten indsatte selv eller fængslets øvrige personale (Feltnote 6, 13, IP 8).

Ordination af medicin

Spørgsmålet om troværdighed og tillid er essentiel imellem sundhedsmedarbejderen og den indsatte (Ross et al., 2011; Sasso, Delogu, Carrozzino, Aleo & Bagnasco, 2018; Weiskopf, 2005; White et al., 2014). Fængslets kontekst har en afgørende betydning for relationen mellem sundhedspersonalet og den indsatte, da relationen i fængslet adskiller sig fundamentalt fra relationer i det øvrige sundhedsvæsen, hvor forholdet til patienten er baseret på gensidig tillid og respekt (White et al., 2014). Sundhedsmedarbejdere udviser i nogle tilfælde en mistænksomhed overfor indsatte, som knytter an til medicinske præparater og misbrug. En sundhedsmedarbejder uddyber: "Altså, der er en del lægemidler, som vi ved, at hvis du har en misbrugstendens, så vil du gerne have de her lægemidler" (IP 1). En anden fortæller: "Hele tiden skal man bare have sig for øje – alt efter hvilken medicin, de går efter – kan det være fordi de faktisk har et misbrug eller risikerer vi at opstarte et misbrug?" (IP 2). Personalet er således opmærksomme på ønsker om specifikke medikamenter, som har et misbrugspotentiale og som reflekterer de præparater betjentene bl.a. søger efter, når de visiterer indsattes celler. Får en indsat medicin, som vedkommende ikke har brug for, er der både risiko for overmedicinering og at medicinen videregives i fængslet, hvilket bl.a. kan bidrage til fængslets sorte økonomi, gøre indsatte udsatte for afpresning og dermed udgøre en sikkerhedsrisiko (Crewe, 2006). Omvendt kan tilbageholdenhed med at ordinere medicin medføre, at en indsat ikke får sit medicinske behov dækket. En sundhedsmedarbejder fortæller, at ordination af f.eks. substitutionsbehandling kan kompliceres yderligere, såfremt det viser sig, at en indsat ikke har taget medicinen, som foreskrevet. Sundhedsmedarbejderen fortæller følgende:

Hvis [en indsat] faktisk har et symptomkompleks omkring et misbrug som er sådan, at [indsatte] egentlig skal have substitutionsmedicin, så forsvinder den indikation jo ikke bare fordi vedkommende vælger at snyde. Udenfor murerne har man jo ikke kontrol. Enten får de medicin dagligt eller også får de til en uge. Misbrugscenteret ved ikke, hvad de gør med den medicin. Der skal man holde tungen lige i munden, synes jeg. (IP 1)

Sundhedsmedarbejderen befinder sig i en rolle med muligheder for at kontrollere indsattes brug af egen medicin, som rækker længere end i f.eks. et ambulante misbrugscenter. Når sundhedspersonalet beskriver, at man skal holde tungen lige i munden, er der tale om en afvejning af hvilken reaktion, som er etisk korrekt i forhold til at sikre ligestilling sammenlignet med misbrugstilbud i det øvrige

samfund, da der i fængslet er en unik mulighed for kontrol. Personalet skal altså afveje indsattes interesser som patient samtidig med, at sundhedspersonalet på grund af fængselsregimet har en unik mulighed for at kontrollere og få indsigt i den indsattes medicinforbrug, da sundhedspersonalet ved fund af medicin i forbindelse med visitation modtager en rapport fra fængselsbetjente om dette. Dertil er det fængselsbetjentene, som udleverer medicin og overvåger medicinindtagelse i rollen som "lægens medhjælper", og derfor har de indsigt i, hvilke præparater indsatte er ordineret (IP 2). Disse overvejelser om kontrol af medicin er centrale i behandlingen af den gruppe indsatte, der er i substitutionsbehandling. Ross et al. (2011) har dokumenteret, at sundhedspersonalet i fængselsmiljøer, som er præget af konflikter, risikerer at blive påvirket af fængselskulturens kontrol og mistænksomhed. Ved at fremme et positivt fængselsmiljø, som rummer gode relationer mellem indsatte og fængselsbetjente, vil sundhedspersonalet kunne indgå som en ressource i fængslet, hvor samarbejde mellem de forskellige personalegrupper kan hæve kvaliteten af sundhedsbehandlingen. Flere sundhedsmedarbejdere tilkendegav, at de ønsker sig mere tid til sundhedsfremmende aktiviteter, da indsatte er dårlige til at passe på sig selv, ryger meget, og i åbent regi bruges udenørsfaciliteterne meget lidt (IP 13, IP 14). Interessen for at understøtte indsatte i varetagelsen af eget helbred viser, at der hos sundhedspersonalet i fængsler netop foregår en forhandling mellem fængselssystemets kontrol og regler, som skal fungere side om side med personalets omsorg for indsatte. Personalet er f.eks. også opmærksomme på, at illegale stoffer bruges af indsatte til at håndtere tilværelsen, og der er derfor visse præparater, som de er ekstra opmærksomme på og andre, som de i hovedreglen ikke udleverer, selvom det også kan give anledning til etiske udfordringer.

Konklusion

I fængslet er sundhedspersonalets praksis underlagt straffuldbyrdelsens vilkår og personalet oplever at måtte tilpasse det etiske handlerum, så sundhedsbehandling og fængselsdrift kan udøves side om side. Ovenstående analyse viser, at sundhedspersonalet møder forskellige barrierer i deres praksis, hvor sundhedsbehandlingen er underlagt vilkår om straffuldbyrdelse. Det drejer sig blandt andet om sundhedspersonalets mulighed for at sikre indsattes adgang til både primære og sekundære sundhedsydelse. I sikringen af ligestilling i adgangen til behandling må personalet indtænke samarbejdet med fængselsbetjente, når

indsatte henvises til behandling udenfor fængslet, og samtidig indtænke de helt særlige forhold som sundhedspleje i fængsler fordrer i forhold til sikkerheds- og kontrolhensyn indenfor fængslet. Spørgsmål om egen sikkerhed fylder også hos sundhedspersonalet i fængsler, som anvender forskellige strategier til at øge oplevelsen af tryghed. Sundhedspersonalet kan udvikle mistænksomhed overfor indsatte på grund af risikoen for manipulation, men samtidig udtrykker personalet et ønske om at beskytte indsatte mod afhængighedsskabende medikamenter. Disse overvejelser sætter sundhedspersonalet i en rolle, hvor de skal navigere mellem et dobbelt loyalitetskrav overfor den indsatte som patient og fængslet som straf-fuldbyrdende institution. Fængselspersonalet og fængslets ressourcer er centrale i sundhedspersonalets afvejning af det dobbelte loyalitetskrav og praksis under disse modsætningsfyldte omstændigheder. Det betyder, at personalet står overfor etiske udfordringer, der adskiller sig fra dem sundhedspersonalet møder i det øvrige sundhedsvæsen. Nærværende analyse har dog det forbehold, at det alene kan sige noget om de enkelte sygeafdelinger, og det sundhedspersonale, som var til stede i det givne tidsrum data blev indsamlet anno 2021. Der er således behov for mere forskning, som kan beskrive omfanget og indholdet af de etiske udfordringer sundhedspersonalet står overfor.

Noter

¹ Betegnelsen "indsatte" anvendes i denne artikel til at beskrive personer, som er enten afsonere eller varetægtsfængslede, mens betegnelsen "patient" vil blive anvendt løbende om samme gruppe til at beskrive det kliniske forhold mellem sundhedspersonale og indsat.

² Straffelovrådets betænkning nr. 1355/1998 om en lov om fuldbyrdelse af straf m.v., delbetænkning III om sanktionsspørgsmål. Kommentarer til § 45, s. 120

³ Jf. § 1 i sundhedsloven af 2019-08-26 nr. 903

⁴ Se svar på folketingsspørgsmål fra Folketingets Retsudvalg 2019-2020, spg. 662

Retskilder

Sundhedsloven: Lovbekendtgørelse 2019-08-26 nr. 903 sundhedsloven

Straffelovrådets betænkning nr. 1355/1998 om en lov om fuldbyrdelse af straf m.v., delbetænkning III om sanktionsspørgsmål

Straff fuldbyrdelsesloven: LBKH 2019-12-09 nr. 1333 om fuldbyrdelse af straf mv.

Referencer

- Bloche, M. G. (1999). Clinical Loyalties and the Social Purposes of Medicine. *JAMA*, 281(3), 268. doi:10.1001/jama.281.3.268
- Carnevale, F.; Delogu, B.; Bagnasco, A. & Sasso, L. (2018). Correctional nursing in Liguria, Italy: examining the ethical challenges. *J Prev Med Hyg*, 59(4), E315-E322. doi:10.15167/2421-4248/jpmh2018.59.4.928
- Crawley, E. M. (2004). Emotion and Performance: Prison Officers and the Presentation of Self in Prisons. *Punishment and Society*, 6, 411.
- Crewe, B. (2006). Prison Drug Dealing and the Ethnographic Lens. *The Howard Journal of Criminal Justice*, 45(4), 347-368. doi:10.1111/j.1468-2311.2006.00428.x
- Direktoratet for Kriminalforsorgen. (1993). Kriminalforsorgens Principprogram.
- Direktoratet for Kriminalforsorgen. (2019). Statistik 2019.
- Direktoratet for Kriminalforsorgen. (2021). Kriminalforsorgens strategi 2021.
- Freshwater, D.; Fisher, P. & Walsh, E. (2015). Revisiting the Panopticon: professional regulation, surveillance and sousveillance. *Nursing Inquiry*, 22(1), 3-12. doi:10.1111/nin.12038
- Gadow, S. (2003). Restorative nursing: toward a philosophy of postmodern punishment. *Nursing Philosophy*, 4(2), 161-167. doi:10.1046/j.1466-769x.2003.00133.x
- Goffman, E. (1967). *Anstalt og menneske* (9. oplag ed.). Viborg: Jørgen Paludans forlag.
- Hartlev, M.; Hybel, U. & Bak Mortensen, P. (2017). *Sundhed og Jura: Sundhedsretlige perspektiver på sundhedsvæsen, sundhedspersoner og patientrettigheder* (2. udgave ed.). København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- Implement Group. (2016). *Tilrettelæggelse af sundhedsbetjeningen i kriminalforsorgen*.
- Jacob, J. D. (2012). The rhetoric of therapy in forensic psychiatric nursing. *Journal of Forensic Nursing*, 8(4), 178-187. doi:10.1111/j.1939-3938.2012.01146.x
- Justitsministeriet. (2021). *Aftale om kriminalforsorgens økonomi 2022-2025*. Justitsministeriet
- Kolind, T. (2017). Is Prison Drug Treatment a Welfare Service? In P. S. Smith & T. Ugelvik (Eds.), *Scandinavian Penal History, Culture and Prison Practice - Embraced By the Welfare State?* 205-224. London: Palgrave Macmillan UK.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Interview: Det kvalitative forskningsinterview som et håndværk* (3. udgave ed.): Hans Reitzels Forlag.
- Lazzari, T.; Terzoni, S.; Destrebecq, A.; Meani, L.; Bonetti, L. & Ferrara, P. (2020). Moral distress in correctional nurses: A national survey. *Nursing Ethics*, 27(1), 40-52. doi:10.1177/0969733019834976
- Lehtmetts, A. & Pont, J. (2014). *Prison health care and medical ethics: A manual for health-care workers and other prison staff with responsibility for prisoners' well-being*. Strasbourg: Council of Europe
- Neiman, P. (2019). Is it morally permissible for hospital nurses to access prisoner-patients' criminal histories? *Nursing Ethics*, 26(1), 185-194. doi:10.1177/0969733016688938
- Niveau, G. (2007). Relevance and limits of the principle of "equivalence of care" in prison medicine. *Journal of Medical Ethics*, 33(10), 610-613. doi:10.1136/jme.2006.018077
- Nylander, P.-Å.; Holm, C. & Lindberg, O. (2021). Prisoners' experiences of prison drug treatment – what matters? *International journal of prisoner health*, 17(1), 6-18. doi:10.1108/IJPH-08-2019-0039

- Pont, J.; Stöver, H. & Wolff, H. (2012). Dual Loyalty in Prison Health Care. *American Journal of Public Health*, 102(3), 475-480. doi:10.2105/ajph.2011.300374
- Ross, M. W.; Liebling, A. & Tait, S. (2011). The Relationships of Prison Climate to Health Service in Correctional Environments: Inmate Health Care Measurement, Satisfaction and Access in Prisons. *The Howard Journal of Criminal Justice*, 50(3), 262-274. doi:10.1111/j.1468-2311.2011.00658.x
- Sasso, L.; Delogu, B.; Carrozzino, R.; Aleo, G. & Bagnasco, A. (2018). Ethical issues of prison nursing: A qualitative study in Northern Italy. *Nursing Ethics*, 25(3), 393-409. doi:10.1177/0969733016639760
- Spradley, J. P. (1980). *Participant observation*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Tait, S. (2011). A Typology of Prison Officer Approaches to Care Special Issue: Prison Officers and Prison Culture. *European Journal of Criminology*, 8, 440.
- Weiskopf, C. S. (2005). Nurses' experience of caring for inmate patients. *Journal of Advanced Nursing*, 49(4), 336-343. doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03297.x
- White, K. L. A.; Jordens, C. F. C. & Kerridge, I. (2014). Contextualising Professional Ethics: The Impact of the Prison Context on the Practices and Norms of Health Care Practitioners. *Journal of Bioethical Inquiry*, 11(3), 333-345. doi:10.1007/s11673-014-9558-8