

"The American Dream" - fra baksiden

av Kristian Andenæs og Georg Høyer

Der kan ikke skaffes en fyldigere og sandere Illustration til Amerikas Retsvæsen og sociale frihed, end Sagen med Anarkisterne. I al sin oprørende Raahed karakteriserer den nøjagtigt de amerikanske Samfundstilstande fra øverst til nederst. Den viser os dette Folk, som for den største Del er sammensat af Europas laveste Mennesketyper, gaa omkring og dømmes fra Livet deres Lands intelligenteste Idéførere, fordi disse bekender sig til Meninger, som den store, hujende Hob ikke fatter et Bokstav af. Den viser os, hvorledes de Amerikanske Domstole ved Aabenbare Bestikkelser og under Paavirkning netop fra den fordrende, uvidende Hob, cragter at rette Smed for Bager.

Knut Hamsun 1889

Etter invitasjon fra professor Henry Steadman, som leder Bureau of Evaluation and Research ved New York State Office of Mental Health (psykiatridelen av New Yorks helsedirektorat) skulle vi besøke en rekke institusjoner, fra vanlige fengsler på den ene siden og over til vanlige sivile psykiatriske sykehus på den annen. Den følgende beskrivelse er basert på våre egne inntryk samt informasjonen vi fikk de stedene vi besøkte. I noen grad er dette korrigert eller supplert ved hjelp av andre kilder.

Generelt om det psykiske helsevernet i New York State

Som i resten av USA er helsevesenet dels privat og dels offentlig. Når det gjelder psykiatriske institusjoner skiller de private seg fra de offentlige bl.a. ved at liggetiden er lenger ved de private, ca. 50-60 dager i gjennomsnitt, mot ca. 20-35 ved de offentlige. De private sykehusene tok gjerne mot de lettere tilfellene (mye nevrososer og rusmidler). I stor grad går skillet mellom de som kan betale for seg og de som ikke kan, slik at det blir svære klassemessige skiller. Fra N.Y. State Office of Mental Health ble det hevdet at private institusjoner ikke hadde muligheter for tvangsinnleggelses, men fra andre psykiatere vi kom i kontakt med ble det hevdet at dette skjedde i praksis.

Totalt antall innleggelses var i 1985 ca. 23.000. Dette er litt mer enn i Norge, til tross for at folketallet i N.Y. State er mer enn 4 ganger større

(ca. 17,5 mill.). 55-60% av innleggelsene var tvangsinnleggelse, noe som betyr at tvangsinnleggesraten er betydelig høyere i Norge sett i relasjon til folketallet.

Det totale antall senger for alle typer psykiatriske institusjoner er ca. 20.500, hvorav ca. 12.000 i private sykehus. Sengefactoren er dermed vesentlig lavere enn i Norge. Dette er stort sett et resultat av utviklingen i USA de siste 10-20 årene, med betydelig nedbygging av offentlige psykiatriske sykehus. Denne nedbyggingen ble beskrevet som ideologisk riktig, men med en undertone av stor bekymring over manglende alternativer.

Den sivile psykiatriske lovgivning har en del av de samme grunntrekk som vår egen lovgivning. Folk kan tvangsinnlegges på farlighets- og behandlingsindikasjon, mens den såkalte overlast-/omsorgsindikasjonen mangler. En prosessuelt viktig forskjell er at alle tvangsinnleggelse må behandles av en domstol før de blir gyldige. En annen forskjell er at det finnes retensjonsadgang overfor frivillig innlagte pasienter.

Presset på institusjonsplasser var stort, med tendenser til overbelegg. Mens den mer langsiktige trenden for de senere år viste nedbygging av institusjonsplassene, hadde det vært en økning i antall innleggelse på ca. 15 % fra 1984 til 1985. Vi ble raskt opmerksomme på en viss tragisk utvikling ved å se kapasiteten i fengselsvesenet i forhold til det psykiatriske institusjonstilbudet. Mens fengselsvesenet ekspanderte, ble psykiatriske institusjoner nedbygget. Kostnadene ved å utvide fengselsplassene ble søkt redusert ved at gamle psykiatriske institusjoner ble ombygget til fengsler. Det var egentlig få endringer som var nødvendige. Endringene i institusjonsstrukturen førte til at en del pasienter som var utskrevet og overlatt til seg selv, ofte uten bopel og arbeid, ble fanget opp igjen av rettsvesenet og plassert på nytt i de samme institusjonene, nå som fanger. I sin tur førte dette til økt press på å utvikle særomsorg for fanger med psykiske problemer.

Fengselssystemet

Kriminaliteten er tallmessig et betydelig større problem i N.Y. State enn i Norge, og blir også betraktet som et betydelig større samfunnsmessig problem. Alvorlig voldskriminalitet er omfattende, og det ble bl.a. hevdet at det var personskader p.g.a. skytevåpen hver annen time i N.Y. City.

Det oppstår dermed et stort press på fengslene. Gjennomsnittstallet for N.Y. State er 39.000 fanger fordelt på 55 fengsler. Dette tilsvarer et fangetall som er mer enn fire ganger høyere enn i Norge sett i relasjon til folketallet (fangetallet i Norge er ca. 2.000. N.Y. State har m.a.o. ca. 200 fanger pr. 100.000 innbyggere, mens Norge har ca. 50). Likevel er fengselskapasiteten for liten, og det er vedtatt at det skal bygges 8 nye fengsler.

Fangene sonete også lengre straffer enn vi er vant til fra de skandinaviske land. Dette skyldes både et generelt høyere straffnivå og en grovere kriminalitetsprofil.

I fengslene er ca. 25% hvite, mens 75% er ikke-hvite. Blant de ikke-hvite utgjorde spansktalesende et stigende innslag. Kvinneandelen i fengslene er ca. 2%.

Til sammenlikning er befolkningen i psykiatriske institusjoner sammensatt av 72% hvite og 28% ikke-hvite. Kvinneandelen utgjør 35%.

Tallene viser således en enorm overrepresentasjon av ikke-hvite menn i fengslene.

Generelt om det rettspsykiatriske systemet

Som introduksjon til våre institusjonsbesøk fikk vi først og fremst innblikk i de tiltak som var etablert for kriminelle med psykiske lidelser etter at de var dømt.

En viktig forskjell mellom amerikansk og norsk straffelovgivning er at i Norge fører alvorlige sinnslidelser til automatisk straffefritak (det biologiske prinsipp), mens det i N.Y. State kreves både en viss grad av sammenheng mellom den kriminelle handling og den aktuelle sinnslidelsen samt at den anklagete skal ha en viss evne til å forstå innholdet i rettsforhandlingene og konsekvensene av sine kriminelle handlinger (The Mac Naughten Rule).

I befolkningen og i massemedia er det en utbredt oppfatning at kriminelle slapp for lett fra sine handlinger på grunn av henvisning til psykiske lidelser. Realitetene er at reaksjoner overfor de som unndro seg normale straffereaksjoner stort sett medførte lengre frihetstap. Det var også få tiltalte som ble frikjent på grunn av sinnslidelse ("Not guilty by reasons of insanity" (NGRI) eller "The insanity defense"). Vi fikk oppgitt at ca. 3 % i alvorlige voldssaker ble funnet å være NGRI.

Når det gjaldt tiltak overfor kriminelle med psykiske lidelser, var disse underlagt helsemyndighetene. Det var etablert et nett av institusjoner der man holdt de som hadde fått vanlig dom og senere utviklet alvorlige psykiske lidelser adskilt fra de som ikke var dømt til vanlig straff (NGRI og "incompetent to stand trial"). I 10 av statens 55 fengsler var det små psykiatriske enheter der pasienter ble observert i kortere tid (noe misvisende kalt "out-patient units"). De som hadde behov for mer omfattende behandling ble overflyttet til sentralinstitusjoner. Det var problemer med overbelegg, og behovet for særplasser for kriminelle med psykiske problemer var ikke dekket.

To nylig avsagte høyesterettsdommer hadde hatt innvirkning på utviklingen av den rettspsykiatriske praksis i USA. Den ene dommen gikk ut på

at psykiatere ble stilt ansvarlig (bl.a. økonomisk) for kriminelle handlinger begått av utskrevne psykiatriske pasienter (The Terasov Case, California). Det ble hevdet at dette var medvirkende årsak til en økning i antall institusjonspasienter på ca. 15% fra 1984 til 1985 og økt bruk av farlighets-kriteriet som grunnlag for innleggelse. Den andre saken gjaldt psykiateres evne til å forutsi farlighet (Bearfoot vs US). Denne saken hadde sin opprinnelse i Texas, der det er en forutsetning for at dødsdommer skal kunne eksekveres at en psykiater fastslår at framtidig farlighet fortsatt er til stede, etter at dommen om dødsstraffen er avsagt. Etter at én psykiater, dr. Greigson - også kalt "dr. Death" - i 26 fortløpende tilfeller hadde funnet at denne forutsetningen var til stede (flere ganger uten å ha sett den dødsdømte), ble hans vurderinger spesielt og psykiateres evne generelt til å forutsi farlig adferd trukket for retten. US Supreme Court tilkjente psykiatere slik evne (4-3). Det blev riktignok fastslått at denne evnen var dårlig, men lakonisk ble det hevdet at det ikke var noen andre som var bedre egnet enn psykiatere til slik prediksjon.

De to dommene hadde ifølge våre kilder bidratt til en mer restriktiv praksis fra psykiateres side overfor psykiatriske pasienter og kriminelle.

Førøvrig ble det hevdet at N.Y. State var blant de statene som var kommet lengst når det gjaldt utbygging av behandlingstilbud til kriminelle med psykiske lidelser og andre som hadde utvist farlighet. Etter vårt syn rådet det en naiv optimisme med hensyn til mulighetene for å gi god behandling til disse klientene. Dette var ikke minst vårt inntrykk noen dager senere, etter å ha vært gjennom en serie institusjoner der det som imponerte var kontroll- og sikringstiltakene mot rømming.

Central New York Psychiatric Center

Etter 3-4 timers kjøretur nord-vestover kom vi til Central N.Y., som lå i utkanten av den lille byen Utica, i nærheten av landsbyen Norway ("You are from Norway? Yeah, I know some people up there"). Dette var en institusjon som stort sett bare tok inn personer som var idømt vanlig straff, men var blitt syke mens de sonet i fengsel. Institusjonen hadde 225 senger totalt, hvorav 12 for kvinner. Den typiske innlagte var en voldsforbryter som sonet en dom på 5-8 år og som tidligere hadde hatt psykiske lidelser. Liggetiden var relativt kort; det var ca. 1.400 innleggelses i året. Ved utskrivning ble pasientene sendt tilbake til det fengslet de kom fra.

Dette var vårt første møte med en av de store rettspsykiatriske institusjonene, og vi ble kraftig slått av sikkerhetsforanstaltningene. Institusjonen var omringet av doble gjerder med massive piggrådrukker - ikke vanlige pigger, men barberblad. Gaten mellom gjerdene var bevoktet med doble overvåkningssystemer. Vi måtte levere alle løse eiendeler, ble grundig

kroppsvistert og undersøkt med metalldetektor. I alt måtte vi gjennom tre strengt bevoktete innganger før vi var inne i selve institusjonen. I tillegg var det en svært effektiv TV-overvåkning av ytre rom og strategiske punkter i institusjonen.

Det ble sagt at det i særlig grad var våpen de var ute etter, og i mindre grad narkotika. Det sikkerhetsmessige var overlatt til private vaktelskaper, og også de ansatte måtte gjennom prosedyren hver gang de skulle inn. Det ble med dårlig skjult stolthet framhevet at det ikke hadde vært rømninger siden 1977.

Senere skulle det vise seg at tilsvarende prosedyrer var vanlige ved alle institusjonene vi besøkte, men det gjorde sterkest inntrykk første gangen. Det virket umiddelbart vanskelig å tenke seg at slike fysiske omgivelser på noen måte kunne gi de innlagte inntrykk av å ha kommet på en behandlingsinstitusjon, og tilsvarende var det nærliggende å tenke seg at muligheten for å drive behandling innenfor slike rammer var små.

Internt var institusjonen delt inn i mindre avdelinger med ca. 25 pasienter på hver. Alle avdelingene var lukket, og pasientene levde stort sett hele dagen på avdelingen. Det fantes ikke noe fellesskap for hele institusjonen, så som gymnastikksal, kantine eller andre fellesrom. Standarden på avdelingene var klart lavere enn det vi er vant til fra de skandinaviske land. Ingen hadde enerom - alle sov på saler. Det var sjelden mer enn 3-4 personer fra personalet på hver avdeling, i tillegg en sikkerhetsvakt.

Det ble hevdet at det var små problemer med voldsomhet eller uro i avdelingene. Vi ble vist rundt på alle avdelingene og kunne fritt snakke med pasientene, men alltid i nærvær av direktøren, Hal Smith. Et viktig inntrykk var at de innlagte virket mindre påvirket av nevroleptika enn det som vanligvis ses på lukkede psykoavdelinger på norske sykehus. Det ble fortalt som en kommentar til denne observasjonen at det i den senere tid hadde falt dommer der psykiatere var funnet erstatningsansvarlige på grunn av bivirkninger de hadde påført pasienter ved nevroleptikabehandling. Disse dommene hadde medført større forsiktighet i doseringen.

Gjennomsnittsalderen var 28 år, mot 26 år i fengslene. Behandlingen ble forestått av tverrfaglige team, men dreide seg vesentlig om psykofarmakologisk behandling.

I tillegg til omvisning og informasjon, viste det seg at vi tilfeldigvis besøkte Central N.Y. på samme dagen som den månedlige internundervisningen. Det var interessant for oss å få en lengre diskusjon over lunsjen med formannen i "the American Academy of Law and Psychiatry", professor Ciccone, som også holdt et velformulert foredrag om rettspsykiaterens bidrag i retten ("Ethics of the role as an expert witness"). Han tok bl.a. utgangspunkt i noen fyndige antipsykiatriske slagord ("The court is a circus

and the psychiatrists are the clowns" og "The psychiatrists are the tool of a nazi state who perform chemical lobotomy on the patients"), og vakte stor begeistring ved å raljere over disse formuleringene. Det er å håpe at kritikk mot systemet er noe bedre formulert enn det som ble eksemplifisert og at debatten føres på et mer seriøst plan i andre fora.

Mid-Hudson Psychiatric Center

Mid-Hudson hadde tidligere vært psykiatrisk sykehus, men hadde fra 1971 vært en rettspsykiatrisk behandlingssenhets under helsevesenets administrasjon. Den var særlig forbeholdt kriminelle som ikke var dømt til vanlig straff, men tok også mot enkelte pasienter fra sivile psykiatriske institusjoner som ble ansett for å være særlig farlige. De sikkerhetsmessige forholdsregler var som ved Central N.Y., og igjen var de stolte over ikke å ha hatt rømminger.

Institusjonen hadde ca. 320 senger fordelt på poster med ca. 15 senger på hver. Materielt var postene som ved Central N.Y., med unntak for en nyoppusset kvinnepost. Her kunne enkelte få enerom, men standarden på denne posten var heller ikke særlig god. Men aktivitetsmulighetene på Mid-Hudson var noe bedre, det var bygget velferdsbygg med svømmehall, idrettshall, kafeteria etc. Behandlingen var vesentlig medikamentell, men også her virket pasientene mindre medikamentpåvirket enn det vi ser i lukkede avdelinger i Norge. Belter ble ikke brukt på avdelingene. De hadde en egen bygning der pasientene ble overført dersom det var snakk om nedreiming eller isolasjon. Stort sett tilbragte pasientene bare noen timer ved denne spesialenheten. På avdelingene ble derimod tvangstrøye brukt en del ved uro av kort varighet.

Igjen var tilfeldighetene på vår side. Vi var så heldige at dagen for vårt besøk falt sammen med de månedlige rettsforhandlingene inne på institusjonen, og vi tilbragte en del tid som tilhørere. Det vi ble vitne til ga ikke noe overbevisende inntrykk av amerikansk rettsvesen, eller at domstolsbehandling så åpenbart er mer betryggende enn administrativ behandling. Det som ble framført var i stor utstrekning prosessualia og korte, svært spesielle innblikk i sakens fakta. Vi satt igjen med inntrykket av en viss stil, men uten innhold. Sakene ble ekspedert i stort tempo og behandlingen bar preg av rutine og sandpåstrøing. Institusjonens ledelse var godt fornøyd med at det var sjelden domstolen kom til noe annet resultat enn ledelsens innstilling. Sakene dreide seg stort sett om søknader om løslatelse (forlengelse av særreaksjonene måtte prøves hvert år) og om tvangsbehandling. For en av oss, som et halvt år tidligere hadde opplevd tilsvarende rettsforhandlinger i et polsk ungdomsfengsel, oppsto det assosiasjoner om at dette hadde han vært med på før.

Sing-Sing

Etter vel en times kjøring fra Mid-Hudson kom vi til det berømte og berøktete Sing-Sing-fengslet. Mens resten av våre institusjonsbesøk ble sett på som logiske og planmessige, stusset vårt vertskap over vårt sterke ønske om å besøke Sing-Sing. Lite kjente vårt vertskap tydeligvis til den berømmelse fengslet nyter i Europa. Vi skulle besøke en av de såkalte "out-patients units" eller "satelite units", som de også ble kalt, med andre ord Helsedirektoratets lille enhet i fengslet. Etter eget ønske fikk vi også se resten av fengslet. Vi ble eskortert av en annen bil fra Mid-Hudson, fordi de mente at vi ellers ikke ville finne veien, bl.a. på grunn av lokalbefolkningens uvilje mot fengslet. Derfor lot de som om de aldri hadde hørt om det når folk spurte om veien. Byen hadde gjort forsøk på å skifte navn til Ossining, men da fengslet gjorde det samme, skiftet byen tilbake til Sing-Sing. Etter noen tid fulgte fengslet. Etter at byen derefter skiftet tilbake til Ossining, hadde det de siste tiårene vært våpenhvile mellom byen og fengslet.

Det er vanskelig med ord å beskrive hva som møtte oss på Sing-Sing. Totalt er det ca. 2.000 fanger der, og fengslet er et såkalt "maximum security prison", noe som ikke var til å ta feil av. Ca. 1.000 av fangene var plassert i to betongblokker, ca. 500 i hver. Innenfor betongskallet var fangene plassert i nettingbur etasjevis, slik at det fra avstand så ut som man hadde en stor mengde dyrebuer foran seg. I hvert bur var det plass til en seng, et nattbord og en dobøtte, ellers ingenting. Hvert bur var ca. 2,5 x 1,2 meter. Noen hadde prøvd å henge opp tøystykker på nettingen for å få litt privatliv. Det kan lett tenkes hva slags akustikk det blir i en slik betongbunker, og støynivået var uutholdelig. De øvrige ca. 1.000 fangene satt i mer ordinære celler, og standarden var også der svært lav. Paradoxalt ble det sagt at fangene foretrakk å være i blokkene framfor de vanlige cellene. Det hang antakelig sammen med at de mest "normale" satt der, samtidig med at muligheten for sosial kontakt i en viss forstand var ubegrenset i buravdelingene. Det hører også med at fangene var rete av buravdelingen. 8 timer hver dag i forbindelse med ulike arbeidsaktiviteter. Dessverre fikk vi ikke oppleve et av de mer kuriøse trekk ved Sing-Sing, fangene som marsjerer samlet under ledelse av hornorkester på vei til mid-dag.

Den psykiatriske enheten i fengslet var i standard lik celleavdelingen i fengslet. De hadde små bur der som ble brukt til isolasjon. Vårt inntrykk var at de som var innlagt her var dårligere enn de vi hadde sett på de store sentralenhetene. Igjen var hovedbehandlingen psykofarmakologisk. I tillegg fungerte avdelingen som observasjonsenhet og som mottaksavdeling for fanger som kom tilbake fra Central N.Y. På slutten av besøket fikk vi

foretrede for fengselsdirektør Sullivan, som var meget stolt av og godt fornøyd med sitt fengsel.

Sjokkskadet dro vi tilbake til N.Y. City om kvelden, men ikke for å oppleve storbyens gleder.

Kirby Psychiatric Center, Manhattan

Kirby var en relativt ny rettspsykiatrisk enhet på Wards Island i nærheten av Harlem. Klientellet var av samme type som på Mid-Hudson bortsett fra at det ikke var farlige sivile innlagte der. Stedet hadde ca. 160 senger, og standarden var omtrent som på de andre institusjonene. Vi ble som vanlig meget godt mottatt av direktøren, som i dette tilfellet var en kvinnelig tysk psykolog. Hun hadde relativt nylig flyttet til USA, og ble dermed en nyttig informant for oss, med sitt europeiske perspektiv intakt. Hun virket betydelig mer pessimistisk med hensyn til behandlingsmulighetene innenfor de rammene hun arbeidet. Hun var pessimistisk både når det gjaldt de konkrete mulighetene ved Kirby og i forhold til det amerikanske samfunnet, som etter hennes mening i økende grad produserte tapere.

Med utsikt til Harlem fra kontorvinduet ga hun med en bitter undertone en beskrivelse av oppvekstvilkårene der, og konkluderte med at vi med sikkerhet hadde morgendagens fengselsklientell og innlagte i psykiatriske institusjoner derfra. Hun opplyste at 68% av alle uten fast bobel i N.Y. City var barn. Sosialomsorgssystemet var etter hennes mening slik at det var umulig å komme ut av en ond sirkel.

Pasientenes rettssikkerhet

På Kirby fikk vi en god gjennomgang af de rettssikkerhetsgarantier som var etablert for psykiatriske pasienter i N.Y. State. Systemet legger i langt større grad enn hos oss vekt på rettssikkerhetsgarantier, gjennom inntaks- og utskrivningsprosedyrer, kontroll- og overvåkingsorganer osv. Det finnes uavhengige organisasjoner som driver tilsyn med institusjonene og gir assistanse til pasientene: Mental Hygiene Legal Services, Legal Aid Society og Commission for the Quality of Care of the Mentally Ill.

I tillegg til disse uavhengige organisasjonene finnes et internt overvåkingssystem. Det var en egen avdeling ved institusjonen som ble kalt Department of Quality Insurance, som leverer månedlige rapporter om tvangs-middelbruk og tvangsbehandling i tillegg til generelle vurderinger av kvaliteten på de innlagtes behandling og forpleining. Lederen for avdelingen mente at de hadde en relativt frittstående posisjon med gode muligheter til å fungere som et uavhengig frittstående organ, selv om de var ansatt på institusjonen. På Kirby var det i tillegg etablert faste interne klageprosedyrer, og det var sørget for god informasjon til de innlagte om deres ret-

tigheter og klagemuligheter. Dersom klagen ikke ble løst innenfor dette systemet, kunne klagen bringes inn for retten.

Manhattan Psychiatric Center

Vårt siste besøk var på et vanlig sivilt psykiatrisk sykehus. Det lå vegg i vegg med Kirby og hadde nærmere 1.000 senger. Selve sykehuset lignet mye på det vi er vant til fra psykiatriske sykehus i Norge, bortsett fra størrelsen og en lavere materiell standard. I likhet med andre institusjoner vi hadde besøkt, manglet det dessuten utearealer. De fleste lå på sovesaler, og det virket sparsomt med aktivitetsmuligheter.

Sykehuset hadde en "class action case" hengende over hodet, der det var anklaget for ikke å oppfylle minimumskrav til kvalitet når det gjaldt materielle fasiliteter og forpleining. Sykehuset hadde stått i fare for å miste godkjenningen etter at saken var reist. Saken hadde nå versert i flere år, og hadde utvilsomt ført til standardheving. Ledelsen følte seg sikre på at de hadde oppnådd forsvarlig standard, men saken kom antakelig til å gå sin gang.

Ved en av de lukkede avdelingene var det igang et forskningsprosjekt som tok sikte på å undersøke om det var særlig situasjonsbetingete forhold som lå til grunn for voldshandlinger på avdelingen. For å vurdere dette var avdelingen video-overvåket store deler av døgnet. På oss virket det ikke som om TV-kameraene økte trivselen nevneverdig i en på forhånd heller trist avdeling.

Enkelte generelle betraktninger

"The American Dream"

Det gjorde sterkt inntrykk på provinsielle nordmenn å møte skyggesiden av det amerikanske samfunnet slik vi gjorde. Bortsett fra den tyske psykologen ved Kirby virket det også som om det hos de vi traff var få bekymringer over de grunnleggende ulikheter og urettferdigheter som vi så - og som lå til grunn for det vi så. Tvert om virket det som om myten om like muligheter for alle i det amerikanske samfunnet var levende hos de fleste vi møtte. Vi snakket med fargete som hadde levd store deler av sitt liv innenfor murene som ikke så noe spesielt skjevt i at etniske minoriteter utgjorde 75% av fengselsklientellet, og som ga uttrykk for at de hadde de samme muligheter som andre neste gang de slapp utenfor murene.

Juristeri eller rettssikkerhet?

Et påfallende trekk ved det amerikanske systemet er hvor sterkt rettssystemet synes å virke inn på deler av samfunnslivet og hvor mye det herjes med advokater, paragrafer og former. Trusselen om å bli trukket til ansvar

ved domstolene hang hele tiden over hodet på behandlerne, og vanlige forsikringspremier ble oppgitt til ca. 25.000 dollars pr. år for psykiatere, mens kirurger kunne komme opp i 100.000 dollars. For psykiatere generelt var det særlig faren for å bli kjent ansvarlig for suicid hos pasienter som trakk premiene i været. Behandlerne vi snakket med syntes imidlertid ikke det var så problematisk å leve med den omfattende overvåkingen fra jurister og rettssystem. De mente det i liten grad virket hemmende på deres behandling, og at det var riktig i forhold til pasientenes rettssikkerhet. Denne selvoppfatningen befinner seg nok et stykke fra realitetene. F.eks. er redselen for å slippe ut psykiatriske pasienter som blir vurdert som potensielt farlige stikk i strid med denne egenoppfatningen.

Såkalte "class action"-saker, der større grupper gikk til sak for å få endret på mer eller mindre prinsipielle sider ved systemet, har nok i en del tilfeller bidratt til å skape et bedre system, eller i det minste bedringer innen systemet. En "class aksjon"-sak vil da også være noe helt annet enn en avmektig enkeltperson mot systemet, men føre til at makt blir satt mot makt i en klart politisk kontekst, forkledd i juridiske termer.

Forøvrig var det vårt inntrykk at de store ressursene som ble satt inn av regler, klageordninger, advokater, domstoler m.v. fungerte mer som formaliteter enn realiteter, i hvert fall sett i forhold til fangers og innlagtes velferd. De materielle regler var likevel så skjønnsmessige at det var rike muligheter for å skalte og valte med pasienter og innlagte, de materielle forholdene var dårlige og behandlingen/oppbevaringen skjedde under inhumane forhold.

Behandlingsoptimisme og naivitet

Noe som kan virke forbausende på nøkterne nordmenn, er den entusiasme og optimisme vi møtte hos mange av de vi traff, ofte parret med det vi oppfattet som naivitet. Det hersket en betydelig behandlingsoptimisme, innenfor rammer der vi ut fra våre forestillinger ville anse enhver behandling som håpløs. Vellykket behandling skulle også kunne gjennomføres raskt og effektivt. Etter vår mening kan dette oppfattes som en naiv tiltro til og innordning under visse overordnede ideologiske strømninger. I dette er også innebygget høy grad av fleksibilitet når nye ideologier gjør sitt inntog. På den ene siden gjør jo dette behandlingsprofesjonene i stand til å gå løs på håpløse arbeidsoppgaver med friskt mot, og verner mot stress og utbrenthet. På den annen side disponerer det for et lydige og ukritiske personale, som rett og slett ikke ser de mer forferdelige sidene ved de systemer de arbeider innenfor.

AIDS

Det er nesten umulig å la være å kommentere AIDS-situasjonen etter våre noe spesielle erfaringer. Vi fikk opplyst at de regnet med at ca. halvparten af de innsatte i fengslene og de rettspsykiatriske institusjonene var seropositive, men at problemene for institusjonene med dette ble vurdert som små. De forholdt seg spesielt bare til de som utviklet symptomer på aktiv sykdom, og tok ellers enkle forholdsregler overfor alle fangene. Ingen ble testet ved innsettelse uten at de selv ønsket det. Som det ble sagt, satte konstitusjonen forbud mot slik inngripen i den enkeltes private sfære ("invasion into privacy"). For noen år siden hadde det vært en del problemer med at personale hadde krevd strengere forholdsregler, sagt opp jobbene sine osv., men det ble framholdt at disse problemene var overvunnet med mer kunnskap om sykdommen og grundig informasjon om smittefare og forholdsregler. Virksomheten ble basert på at HIV-viruset bare smitter ved seksuell kontakt og direkte blodkontakt, og at all annen kontakt var ufarlig.

Sluttord

Det er fasinende - og skremmende - å se på nært hold sider ved det amerikanske samfunn som man har lest om i vitenskapelige framstillinger, lest om i aviser og tidsskrifter, sett på TV og opplevd i fiksjonens verden, i filmer og detektiver.

Spesielt for brukere av amerikansk vitenskapelig litteratur, samfunnsvitenskapelig eller annet, vil vi hevde at det ikke bare er nyttig, men kanskje nødvendig, å ha sett det amerikanske samfunnet fra innsiden for helt ut å forstå denne litteraturen. Vi leser den med norske, skandinaviske eller europeiske briller, og våre tolkninger preges av dette. Etter å ha opplevd hvordan grunnleggende forutsetninger og verdier er helt andre enn våre egne, får vi en annen forståelse av deler av denne litteraturen. Bl.a. viser det oss at ukritiske overføringer av synspunkter og komparative studier ikke er så helt enkelt - hvis det skal gjøres godt.

Forfatteroplysninger:

Kristian Andenæs, forsker, Institutt for Rettssosiologi, Oslo Universitet.
Georg Høyer, førsteamanuensis, dr.med., Institutt for Samfunnsmedisin, Tromsø Universitet.