

Seksuaalirikollisten hoito

TYÖRYHMÄMIETINTÖ 2009:1

Seksuaalirikollisten hoito



OIKEUSMINISTERIÖ



ISSN 1458-6452

ISBN 978-952-466-774-6 (nid.)

ISBN 978-952-466-775-3 (PDF)

Oikeusministeriö

Helsinki 2009

Edita Prima Oy

KUVAILULEHTI

OIKEUSMINISTERIÖ

Julkaisun päivämäärä 11.2.2009

Tekijät (toimielimestä: toimielimen nimi, puheenjohtaja, sihteeri)		Julkaisun laji Työryhmämietintö	
Seksuaalirikollisten hoitoa seuraamusjärjestelmässä selvittävä työryhmä		Toimeksiantaja Oikeusministeriö	
Jarmo Littunen (pj) Ulla Mohell (s) Tuuli Herlin (s)		Toimielimen asettamispäivä 4.2.2008	
Julkaisun nimi Seksuaalirikollisten hoito			
Julkaisun osat Luovutuskirje, mietintö, liitteet			
<p>Tiivistelmä</p> <p>Oikeusministeriö asetti 4.2.2008 työryhmän, jonka tehtäväksi se antoi selvittää mahdollisuudet järjestää seksuaalirikoksista tuomituille lääkehoitoa tai muuta velvoitteellista hoitoa seuraamusjärjestelmässä.</p> <p>Työryhmä ehdottaa seksuaalirikollisille tarkoitettua lääkehoidon mahdollistamista osana seuraamusjärjestelmää. Lääkehoito toteutettaisiin osana valvotun koevapauden ja ehdonalaisen vapauden täytäntöönpanoa. Vanki saisi lääkitykseen suostumalla itselleen edun – valvotun koevapauden – mutta samalla hänen olisi sitouduttava lääkehoidon jatkamiseen vielä ehdonalaisen vapauden aikana. Jos vanki ei noudattaisi lääkehoitoa koskevia ehtoja, hän pääsääntöisesti menettäisi valvotun koevapautensa tai ehdonalaisen vapautensa eli joutuisi takaisin vankilaan.</p> <p>Työryhmän lähtökohtana on ollut, ettei lääkehoitoa tulisi toteuttaa yksinomaisena hoitomuotona, vaan sen tulisi yleensä liittyä muuhun psykososiaaliseen hoitoon tai tukeen. Kansainväliset kokemukset osoittavat lääkehoidon olevan tehokkainta muuhun, esimerkiksi käyttäytymisterapeuttiseen hoitoon yhdistettynä.</p> <p>Työryhmä katsoo, että lääkehoidon tulee aina perustua rikoksenteikijän suostumukselle. Tätä edellytetään myös Suomea sitovissa kansainvälisissä sopimuksissa. Lääkehoidon mahdollisuus liitettäisiin seksuaalirikoksesta tuomitun ehdottoman vankeusrangaistuksen suorittamiseen. Työryhmän arvion mukaan lääkehoitoa saavia rikoksenteikijöitä olisi enintään 10 vuosittain.</p> <p>Työryhmä ei esitä minkään nimetyn lääkeaineen valitsemista, mutta tuo mietinnössä esiin erilaisia vaihtoehtoja. Kehitys alalla on nopeaa, ja uusia lääkeaineita sekä niiden yhdistelmiä kokeillaan jatkuvasti. Lääkehoidon vaikutusten ja sivuvaikutusten hallitseminen vaatii erityisosaamista. Työryhmä ehdottaakin, että lääkehoidon aloittamisesta päättäisi aina Psykiatrinen vankisairaala, joka erikoistuisi seksuaalirikollisten lääkehoitoa koskeviin kysymyksiin. Lääkehoitoa saava rikoksenteikijä olisi velvollinen osallistumaan laboratoriokokeisiin, joka ovat välttämättömiä lääkityksen käytön valvomiseksi ja hoidon turvallisuuden varmistamiseksi.</p> <p>Seksuaalirikosten uusimisesta ja seksuaalirikollisille suunnattujen hoitomuotojen toimivuudesta saatava tutkimustieto on nykyään osittain ristiriitaista. Työryhmä pitää tärkeänä, että seksuaalirikosten uusimista ja hoito-ohjelmien tehoa tutkitaan lisää myös Suomessa.</p>			
Avainsanat: (asiasanat) Seksuaalirikos, lääkehoito, hoito			
Muut tiedot (Oskari- ja HARE-numero, muu viitenumero) OM 2/69/2008			
Sarjan nimi ja numero Oikeusministeriön työryhmämietintöjä 2009:1		ISSN 1458-6452	ISBN 978-952-466-774-6 (nid.) 978-952-466-775-3 (PDF)
Kokonaissivumäärä 86	Kieli suomi	Hinta 20,00 €	Luottamuksellisuus julkinen
Jakaja Edita Prima Oy		Kustantaja Oikeusministeriö	

PRESENTATIONSBLAD

JUSTITIEMINISTERIET

Utgivningsdatum 11.2.2009

Författare (uppgifter om organet: organets namn, ordförande, sekreterare)		Typ av publikation Arbetsgruppsbetänkande	
Arbetsgruppen för vården av sexualbrottslingar inom påföljdssystemet		Uppdragsgivare Justitieministeriet	
Jarmo Littunen (ordf.) Ulla Mohell (sekr.), Tuuli Herlin (sekr.)		Datum då organet tillsattes 4.2.2008	
Publikation (även den finska titeln) Vård av sexualbrottslingar (Seksuaalirikollisten hoito)			
Publikationens delar Överlåtelsebrev, betänkande, bilagor			
Referat			
<p>Justitieministeriet tillsatte den 4 februari 2008 en arbetsgrupp med uppdrag att utreda möjligheterna att ordna läkemedelsbehandling eller annan förpliktande vård inom påföljdssystemet för dömda sexualbrottslingar.</p> <p>Arbetsgruppen föreslår att läkemedelsbehandling för sexualbrottslingar ska bli möjlig inom påföljdssystemet. Behandlingen ska i så fall ingå i verkställigheten av övervakad frihet på prov och villkorlig frihet. Fången kommer då att genom samtycke till medicinering att dra nytta av den i form av övervakad frihet på prov, men samtidigt måste fången förbinda sig vid fortsatt läkemedelsbehandling också under den villkorliga friheten. Om fången inte iakttar villkoren för läkemedelsbehandlingen kommer han eller hon i regel att förverka den övervakade friheten på prov eller den villkorliga friheten, dvs. att återförpassas till fängelse.</p> <p>Arbetsgruppen har haft som princip att läkemedelsbehandlingen inte ska vara den enda vårdformen, utan att den i allmänhet ska vara kopplad till annan psykosocial behandling eller psykosocialt stöd. Internationella erfarenheter visar att läkemedelsbehandlingen är som effektivast när den förenas med annan behandling, exempelvis beteendeterapeutisk behandling.</p> <p>Arbetsgruppen anser att läkemedelsbehandlingen alltid ska bygga på gärningsmannens samtycke. Detta är också ett krav i internationella avtal som är förpliktande för Finland. Möjligheten till läkemedelsbehandling avses vara kopplad till avtjänande av ovillkorligt fängelsestraff för sexualbrott. Enligt arbetsgruppens uppskattning kommer det årligen att finnas högst 10 förövare som får läkemedelsbehandling.</p> <p>Arbetsgruppen lägger inte fram förslag på att ett visst läkemedel ska användas, men presenterar olika alternativ i sitt betänkande. Utvecklingen på området är snabb, och nya läkemedel och läkemedelskombinationer testas hela tiden. Det krävs specialkompetens av den som ska hantera effekter och biverkningar av läkemedelsbehandling, och därför föreslår arbetsgruppen att det alltid är Psykiatriska sjukhuset för fångar som ska fatta beslut om att sådan behandling ska inledas. Därmed är det meningen att det sjukhuset ska specialisera sig på frågor som gäller läkemedelsbehandling av sexualbrottslingar. Gärningsmän som får läkemedelsbehandling ska ha skyldighet att delta i laboratorieprover som är nödvändiga för att man kan övervaka läkemedelsanvändningen och kontrollera att behandlingen är säker.</p> <p>Forskningsrönen om återfall i brott när det gäller sexualbrott och om hur olika vårdformer fungerar när det gäller sexualbrottslingar är i dagens läge delvis motstridiga. Arbetsgruppen anser det vara viktigt att man också i Finland fortsätter att forska i återfall i sexualbrott och effekten av vårdprogram.</p>			
Nyckelord Sexualbrott, läkemedelsbehandling, vård			
Övriga uppgifter (Oskari- och HARE-nummer, andra referensnummer) JM 2/69/2008			
Seriens namn och nummer Justitieministeriets arbetsgruppsbetänkanden 2009:1		ISSN 1458-6452	ISBN 978-952-466-774-6 (häft.) 978-952-466-775-3 (PDF)
Sidoantal 86	Språk finska	Pris 20,00 €	Sekretessgrad Offentligt
Distribution Edita Prima Ab		Förlag Justitieministeriet	

Oikeusministeriölle

Oikeusministeriö asetti 4 päivänä helmikuuta 2008 työryhmän, jonka tehtäväksi se antoi selvittää mahdollisuudet järjestää seksuaalirikoksista tuomituille lääkehoitoa tai muuta velvoitteellista hoitoa seuraamusjärjestelmässä. Työryhmän oli erityisesti selvitettävä

mahdollisuuksia liittämään tällainen hoito ehdolliseen rangaistukseen, ehdonalaista vapauttamiseen, valvottuun koevapauteen, muihin yhdyskuntaseuraamuksiin sekä parhaillaan valmistellaan olevaan valvontarangaistukseen. Työryhmän oli myös kartoitettava seksuaalirikollisille annettua hoitoa saatuja kansainvälisiä kokemuksia. Työryhmän oli lisäksi pohdittava lääkehoidon ja muun velvoitteellisen hoidon järjestämiseen liittyviä lääketieteellisiä, rikosoikeudellisia ja eettisiä näkökohtia sekä velvoitteellisen hoidon suhdetta ihmis- ja perusoikeuksiin.

Työryhmän ehdotusten tuli sisältää myös arvio hoidon kustannuksista ja muista resurssivaikutuksista.

Työryhmän puheenjohtajaksi nimitettiin oikeusministeriön kriminaalipoliittisen osaston osastopäällikkö, ylijohdaja Jarmo Luttunen. Jäseniksi nimitettiin kehittämispäällikkö Pertti Hakkarainen Etelä-Suomen aluevankilasta, johtaja Tapio Lappi-Seppälä Oikeuspoliittisesta tutkimuslaitoksesta, ylilääkäri Hannu Lauerma Psykiatrisesta vankisairaala-alueesta, kärjätuomari Outi Nokso-Koivisto Espoon kärjäoikeudesta, erikoissuunnittelija Annamari Räisänen Rikosseuraamusvirastosta, kihlakunnansyyttäjä Leena Salovartio Länsi-Uudenmaan syyttäjänvirastosta, ylilääkäri Eila Tiuhonen Niuvanniemen sairaalasta ja lainsäädäntöneuvos Ulla Mohell oikeusministeriön kriminaalipoliittiselta osastolta. Ulla Mohell on toiminut myös työryhmän sihteerinä.

Työryhmän toimikauden aikana oikeusministeriö päätti muuttaa ja täydentää sen kokoonpanoa siten, että työryhmän jäseniksi nimitettiin lääkintäneuvos Eira Hellbom Terveystieteiden tutkimuskeskuksesta (1.3.2008 lähtien) ja kihlakunnansyyttäjä Harri Ilander Helsingin syyttäjänvirastosta (4.2.2008 lähtien) kihlakunnansyyttäjä Leena Salovartion sijaan). Työryhmän toiseksi sihteeriksi nimitettiin suunnittelija Tuuli Herlin oikeusministeriön kriminaalipoliittiselta osastolta (1.6.2008 lähtien).

Työryhmän toimikausi määrättiin päättyväksi 30.11.2008. Oikeusministeriö pidensi työryhmän esityksestä 3.12.2008 tekemällään päätöksellä toimikautta niin, että se päättyi 31.1.2009. Samassa yhteydessä oikeusministeriö nimitti ylitarkastaja Heimo Kangaspuunan Rikosseuraamusvirastosta Annamari Räisänen varajäseneksi.

Työryhmä on kuullut asiantuntijoina neuvottelevaa virkamiestä Aarne Kinnusta oikeusministeriön kriminaalipoliittiselta osastolta, lainsäädäntöneuvos Tuula Majuria oikeusministeriön lainvalmisteluosastolta sekä oikeustieteen kandidaatti Mirja Salosta. Viimeksi mainittua työryhmä haluaa erityisesti kiittää mahdollisuudesta käyttää Salosen pro gradu -tutkielmaa ”Lasten seksuaalisille hyväksikäyttäjille suunnatut hoito- ja toimintamuodot” mietinnön tausta-aineistona. Informaatiotekniikan opiskelija John Rothberg kokosi työryhmälle mietinnön jaksossa 3.6.1. olevan tietokannan seksuaalirikoksista tuomituista vangeista.

Työryhmä on kokoontunut 14 kertaa.

Saatuaan työnsä päätökseen, työryhmä luovuttaa kunnioittaen mietintönsä oikeusministeriölle.

Helsingissä 11 päivänä helmikuuta 2009

Jarmo Littunen

Pertti Hakkarainen

Eira Hellbom

Harri Ilander

Heimo Kangaspunta

Tapio Lappi-Seppälä

Hannu Lauerma

Outi Nokso-Koivisto

Annamari Räisänen

Eila Tiihonen

Ulla Mohell

Tuuli Herlin

SISÄLLYS

1. JOHDANTO	13
2. SEKSUAALIRIKOKSIA KOSKEVA LAINSÄÄDÄNTÖ	14
2.1. Yleistä	14
2.2. Työryhmän tehtävän kannalta keskeiset seksuaalirikokset	15
3. SEKSUAALIRIKOKSIA KOSKEVAT TILASTOT	17
3.1. Yleistä	17
3.2. Poliisiin tietoon tulleet seksuaalirikokset	17
3.3. Tilastoidut raiskaukset ja lasten hyväksikäytöt	19
3.3.1. Raiskaukset	19
3.3.2. Tilastoitu lapsen seksuaalinen hyväksikäyttö	20
3.3.3. Uhritutkimukset	22
3.4. Seksuaalirikoksista tuomitut	23
3.5. Vankilassa olevat ja yhdyskuntapalveluun tuomitut seksuaalirikolliset	26
3.5.1. Vankilassa helmikuussa 2008 olleet tutkintavangit ja vangit	28
3.6. Seksuaalirikoksiin syyllistyneet yhdyskuntaseuraamuksissa	31
4. SEKSUAALIRIKOSTEN UUSIMINEN	32
4.1. Yleistä	32
4.2. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen selvitys	33
5. SEKSUAALIRIKOLLISTEN HOITOMAHDOLLISUUDET	35
5.1. Yleistä	35
5.2. Seksuaalirikollisten lääkkeettömät hoitomuodot	35
5.3. Hoito-ohjelmien arviointia	36
5.4. STOP-ohjelma	37
6. SEKSUAALIRIKOLLISTEN LÄÄKEHOITO	39
7. SEKSUAALIRIKOLLISTEN HOITO ERÄISSÄ EUROOPAN MAISSA	41
7.1. Seksuaalirikollisten hoito ja kuntoutus Ruotsin vankeinhoidossa	41
7.1.1. Seksuaalirikoksista tuomittavat seuraamukset Ruotsissa	41
7.1.2. Seksuaalirikollisten hoitomuodot Ruotsissa	42
7.1.3. Seksuaalirikollisten hoito vankilan ulkopuolella	45
7.2. Seksuaalirikollisten kuntoutus ja lääkehoito Norjassa	45
7.2.1. Yleistä	45
7.2.2. Trondheimin ohjelma	46
7.2.3. Lääkitys	47
7.3. Seksuaalirikollisten hoito Tanskassa	47
7.3.1. Seksuaalirikoksia koskeva lainsäädäntö	47
7.3.2. Seksuaalirikollisten lääkehoito Herstedvesterissa	48
7.4. Seksuaalirikollisten lääkehoito Englannissa ja Walesissa	52
7.4.1. Yleistä	52
7.4.2. Menettely	52

7.4.3. Lääkkeet.....	53
7.4.4. Muuta.....	54
8. EUROOPAN NEUVOSTON YLEISSOPIMUS LASTEN HYVÄKSIKÄYTÖN KIELTÄMISESTÄ (CETS 201).....	55
9. TYÖRYHMÄN EHDOTUKSET	56
9.1. Johdanto	56
9.2. Ehdotusten periaatteelliset lähtökohdat	57
9.3. Käytössä olevat lääkeaineet	59
9.4. Lääkehoidon mahdollisuudet eri seuraamuksissa.....	60
9.5. Menettely ja päätösvalta	63
9.6. Lääkehoitoa tai muuta hoitoa koskevan määräyksen rikkominen	64
9.7. Lääkehoito koko rangaistuksen suorittamisesta ja elinkautisesta vankeudesta ehdon- alaiseen vapauteen päästäessä.....	65
9.8. Työryhmän arvio ehdotuksen suhteesta perusoikeuksiin.....	65
9.9. Työryhmän arvio ehdotuksen kustannuksista	68
9.10. Työryhmän ehdottama lakitekhninen ratkaisu	69
Liite I	
Työryhmän säännösehdotukset	71
Liite II	
Arbetsgruppens förslag till nya stadganden.....	77
Lähteet.....	83

1. Johdanto

Tilastoitu seksuaalirikollisuus on lisääntynyt Suomessa viimeisen vuosikymmenen aikana selvästi. Poliisille ilmoitettujen rikosten määrän kasvu saattaa selittyä esimerkiksi tekojen ilmoitusalttiuden lisääntymisellä tai tilastointikäytäntöjen muutoksilla, mutta se voi myös kertoa joidenkin rikostyyppien todellisesta yleistymisestä. Samaan aikaan seksuaalirikosten aiheuttamista haitoista on alettu keskustella julkisuudessa entistä avoimemmin, ja ongelman tultua yleiseen tietoisuuteen myös tarve kehittää entistä tehokkaampia keinoja rikosten torjumiseksi on kasvanut.

Viralliset tilastot eivät anna todenmukaista kuvaa seksuaalirikosten määrästä, koska suuri osa teoista jää ilmoittamatta poliisille. Tällaisesta rikollisuudesta saadaan yleensä luotettavaa tietoa rikosten uhriksi joutumista koskevilla kyselytutkimuksilla, joissa tulevat ilmi myös muuten piiloon jäävät teot. Suomessa on viime vuosina toteutettu useita laajoja kyselytutkimuksia, joissa on selvitetty erilaisten rikosten uhriksi joutumisen todennäköisyyttä. Näiden uhritutkimusten mukaan seksuaalinen väkivalta, kuten väkivalta yleensäkin, on paljon virallisia tilastotietoja yleisempää.

Seksuaalirikokset aiheuttavat tekojen kohteiksi joutuneille ja heidän läheisilleen usein pitkäaikaista kärsimystä. Lapsuudessa koetut seksuaalisen hyväksikäytön kokemukset saattavat aktivoitua ja alkaa haitata elämää vasta aikuisiässä. Toipuminen voi olla rikoksen uhrille pitkä ja vaikea prosessi. On tärkeää, että seuraamusjärjestelmässä otetaan harkittaviksi kaikki asianmukaiset keinot seksuaalirikosten vähentämiseksi.

Seuraamusjärjestelmässämme on vireillä useita hankkeita, joiden tavoitteena on estää uusintarikollisuutta rangaistukseen sisältyvällä hoidolla tai kuntoutuksella. Esimerkiksi oikeusministeriössä parhaillaan valmisteltavana olevaan valvontarangaistukseen voidaan työryhmän ehdotuksen (2007:17) mukaan sisällyttää päihdekuntoutusta tai muuta hoitoa. Oikeusministeriössä selvitetään yhteistyössä sosiaali- ja terveysministeriön kanssa mahdollisuuksia työryhmän ehdotusta laajempaankin päihdehoidon toteuttamiseen valvontarangaistuksen yhteydessä. Keväällä 2009 on tarkoitus antaa eduskunnalle hallituksen esitys, jossa ehdotetaan mahdollisuutta laajentaa muun muassa päihdeongelmien vähentämiseksi kehitettyjen toimintaohjelmien osuutta yhdyskuntapalvelurangaistuksen täytäntöönpanossa. Lääkehoidon antamien mahdollisuuksien selvittäminen seksuaalirikosten torjunnassa liittyy näihin uudistuksiin, joissa uusintarikollisuutta pyritään ehkäisemään yksilöllisesti suunnitellulla kuntoutuksella tai hoidolla.

2. Seksuaalirikoksia koskeva lainsäädäntö

2.1. Yleistä

Lähes kaikki seksuaalirikoksia koskevat rangaistussäännökset saivat nykyisen muotonsa, kun uudistettu rikoslain 20 luku tuli voimaan 1.1.1999 (563/1998). Säännösten keskeisenä tarkoituksena on seksuaalisen itsemääräämisoikeuden suojaaminen siihen kohdistuvilta loukkauksilta sekä erityisesti lasten suojaaminen heihin kohdistuvalta hyväksikäytöltä.

Rikoslain 20 lukuun sisältyvät nykyään rangaistussäännökset toisen pakottamisesta sukupuoliyhteyteen tai muuhun seksuaalista itsemääräämisoikeutta olennaisesti loukkaavaan tekoon, seksuaalisesta hyväksikäytöstä, lapsen seksuaalisesta hyväksikäytöstä, seksuaalipalvelujen ostamisesta nuorelta sekä parituksesta. Osa paritusta koskevasta sääntelystä on uudistettu 2000-luvulla, ja lakiin on myös otettu uusi säännös seksikaupan kohteena olevan henkilön hyväksikäytöstä. Raikaussäännökset on laissa porrastettu kolmeen tekemuotoon: sukupuoliyhteyteen pakottamiseen, raiskaukseen ja törkeään raiskaukseen.

Vuoden 1999 uudistuksessa luovuttiin seksuaalirikosten rangaistavuuden erottelusta tekojen osoittaman sukupuolisen suuntautumisen perusteella. Lakiesityksen (HE 6/1997 vp) perusteluissa todetaan, että seksuaalisen itsemääräämisoikeuden kannalta ei ole merkitystä sillä, millaista seksuaalista suuntautuneisuutta loukkaava teko osoittaa tai kumpaa sukupuolta loukkaaja tai loukattu on. Nykyinen sääntely onkin tässä suhteessa neutraali. Seksuaaliseen itsemääräämisoikeuteen ei vaikuta myöskään se, ovatko osapuolet avioliitossa vai elävätkö he muuten parisuhteessa keskenään.

Uudistuksen yhteydessä laajennettiin virallisen syyttäjän syyteoikeutta, jolloin muun muassa raiskauksesta tehtiin virallisen syytteen alainen rikos. Asianomistajarikoksia ovat edelleen sukupuoliyhteyteen pakottaminen, pakottaminen seksuaaliseen tekoon ja joissakin tapauksissa seksuaalinen hyväksikäyttö (rikoslain 20 luvun 3—5 §). Tämän lisäksi asianomistaja voi tietyissä seksuaalirikoksissa pyytää omasta vakaasta tahdostaan, että syytettä ei nostettaisi. Asiasta säädetään rikoslain 20 luvun 12 §:ssä.

Työryhmän toimeksiannon kannalta olennaisimmat seksuaalirikosten muodot ovat lasten seksuaaliset hyväksikäytöt ja raiskaukset. Nämä rikokset aiheuttavat uhreille vakavaa haittaa, ja niihin syyllistyneitä voidaan ajatella hoidettavan uusien rikosten estämiseksi. Seuraavassa kuvataan tarkemmin lasten seksuaalista hyväksikäyttöä ja raiskauksia koskevat säännökset.

2.2. Työryhmän tehtävän kannalta keskeiset seksuaalirikokset

Lapsen seksuaalinen hyväksikäyttö

Rikoslain 20 luvun 6 §:n mukaan lapsen seksuaalisella hyväksikäytöllä tarkoitetaan

- 1) sukupuoliyhteyttä alle 16-vuotiaan lapsen kanssa tai
- 2) alle 16-vuotiaan koskettelua tai muuta seksuaalista tekoa, joka on omiaan vahingoittamaan hänen kehitystään.

Lisäksi lapsen seksuaalisesta hyväksikäytöstä on kyse, jos tekijä saa alle 16-vuotiaan ryhtymään edellä 2 kohdassa mainittuun seksuaaliseen tekoon. Lapsen seksuaaliseen hyväksikäyttöön syyllistyy myös henkilö, joka menettelee jollakin edellä mainitulla tavalla 16-17 -vuotiaan lapsen kanssa, jos tekijä on lapsen vanhempi tai vanhempaan rinnastettavissa oleva henkilö sekä asuu samassa taloudessa lapsen kanssa.

Lapsen seksuaaliseen hyväksikäyttöön ei lainsäädännössä tunnusmerkistötasolla sisälly väkivaltaa tai sillä uhkaamista, ja teko on rangaistava vaikka lapsi itse olisi ollut halukas tekoon. Jos tekoon liittyy väkivaltaa tai sillä uhkailua, tekoa on arvioitava sekä lapsen seksuaalisena hyväksikäyttönä että lisäksi pahoinpitelynä tai raiskauksena. Kriminalisoinnin taustalla onkin ajatus siitä, että lapseen kohdistuva seksuaalinen teko on aina lapselle vahingollinen.

Lapsen seksuaalisena hyväksikäyttönä ei kuitenkaan pidetä edellä mainittuja tekoja silloin, kun osapuolten henkisessä ja ruumiillisessa kypsyydessä ei ole suurta eroa. Tällä 6 §:n 2 momentin säännöksellä on rajattu jokseenkin samanikäisten nuorten vapaaehtoiset seksikontaktit rangaistavuuden ulkopuolelle. Rangaistus lapsen seksuaalisesta hyväksikäytöstä on enintään neljä vuotta vankeutta.

Törkeänä lapsen seksuaalista hyväksikäyttöä pidetään silloin kun kohteena on lapsi, jolle teko lapsen ikä tai kehitystaso huomioon ottaen on omiaan aiheuttamaan erityistä vahinkoa, rikos tehdään erityisen nöyryyttävällä tavalla tai teko on omiaan aiheuttamaan erityistä vahinkoa lapselle huomioon ottaen lapsen tuntema erityinen luottamus tekijää kohtaan tai lapsen tekijästä erityisen riippuvainen asema (RL 20:7). Lisäksi edellytetään, että tekoa on pidettävä kokonaisuutena arvostellen törkeänä. Rangaistusasteikko törkeässä tekomuodossa on yhdestä kymmeneen vuotta vankeutta. Sekä rikoslain 20 luvun 6 että 7 §:n osalta myös yrittäminen on rangaistava.

Rikoslain 20 luvun 10 §:ssä on annettu määritelmät sille, mitä kyseisessä luvussa sukupuoliyhteydellä ja seksuaalisella teolla tarkoitetaan. Laissa on omaksuttu melko laaja sukupuoliyhteyden määritelmä, koska sillä tarkoitetaan vaihtoehtoisesti ”sukupuolielimellä tapahtuvaa tai sukupuolielimeen kohdistuvaa seksuaalista tunkeutumista toisen kehoon”.

Laki ei tee selvää eroa pienten lasten ja esimerkiksi lähellä 16 vuoden suojaikärajaa olevien nuorten välillä. Rikoslain 20 luvun 7 §:ssä tosin lapsen ikä on mainittu yhtenä huomioon otettavana tekijänä arvioitaessa sitä, voidaanko tekoa pitää törkeänä. Näin ollen lapsen seksuaalisen hyväksikäytön tunnusmerkistö saattaa täytyä hyvinkin erilaisissa tapauksissa.

Lain esitöissä on kuitenkin mainittu, että lapsen ikä on otettava huomioon rangaistusta määrittäessä. Tekoa voidaan lähtökohtaisesti pitää sitä törkeämpänä mitä nuorempi sen kohde on, ainakin kun kysymys on sukupuoliyhteydestä.

Seksuaalisen itsemääräämisoikeuden loukkaaminen voi perustua myös siihen, ettei teon kohteena oleva henkilö alisteisen asemansa tai puolustuskyvyttömyytensä vuoksi kykene tasavertaisesti päättämään osallistumisestaan seksuaaliseen tekoon. Tällaiset teot ovat rangaistavia rikoslain 20 luvun 5 §:n mukaisena seksuaalisena hyväksikäyttönä.

Raiskaus

Kuten edellä on todettu, nykyistä raiskaussäännöstä sovelletaan sekä miehen että naisen tekemiin tekoihin, ja rikos voi myös kohdistua joko mieheen tai naiseen. Rangaistussäännös koskee sekä eri että samaa sukupuolta olevien välistä sukupuoliyhteyttä. Vuoden 1999 seksuaalirikossääntelyssä luovuttiin lisäksi vanhentuneesta väkisinmakaamisen rikosnimikkeestä ja otettiin käyttöön yleiskielessä vakiintunut rikoksen nimi, raiskaus.

Rikoslain 20 luvun 1 §:ssä säädetään raiskauksesta seuraavasti:

” Joka pakottaa toisen sukupuoliyhteyteen käyttämällä henkilöön kohdistuvaa väkivaltaa tai uhkaamalla käyttää sellaista väkivaltaa, on tuomittava raiskauksesta vankeuteen vähintään yhdeksi ja enintään kuudeksi vuodeksi.

Raiskauksesta tuomitaan myös se, joka saatettuaan toisen tiedottomaksi taikka pelkotilaan tai muuhun sellaiseen tilaan, jossa hän on kykenemätön puolustamaan itseään, käyttämällä puolustuskyvyttömyyttä hyväkseen on sukupuoliyhteydessä hänen kanssaan.

Yritys on rangaistava.”

Säännöksessä edellytetyn väkivallan tai sen uhan vakavuusasteelle ei aseteta nimenomaisia vaatimuksia. Väkivallalla voidaan pyrkiä joko estämään pakotetun toimintakyky tai murtaamaan hänen vastustustahtonsa. Myös pakotettavan tahdon murtamiseksi toiseen henkilöön kohdistettu väkivalta tai sellaisella uhkaaminen tulee kysymykseen. Asiaa arvioitaessa pyritään kiinnittämään huomiota teko-olosuhteisiin kokonaisuudessaan. Lakiesityksen perusteissa todetaan, että joissakin tapauksissa esimerkiksi uhatun mahdollisuus puolustautua itseään vaaraan saattamatta voi olla niin vähäinen, että melko lievälläkin väkivallalla uhkaaminen voi riittää tahdon murtamiseen.

Raiskaukset on nykyään törkeyden perusteella porrastettu kolmeen eri tekomuotoon (rikoslain 20 luvun 1-3 §). Luvun 2 §:ssä säädetään törkeästä raiskauksesta ja 3 §:ssä pakottamisesta sukupuoliyhteyteen. Muuhun seksuaaliseen tekoon kuin sukupuoliyhteyteen pakottamisesta on säännös 4 §:ssä.

Tekomuodon arvioinnissa rangaistuksen ankaroittamisperusteet liittyvät uhrille aiheutettuun kärsimykseen tai muuhun seuraukseen, rikoksen tekotapaan sekä siihen, että rikoksen tekemisessä on käytetty hengenvaarallista välinettä. Säännöksessä mainitaan ankaroittamisperusteina muun muassa erityisen raaka, julma tai nöyryyttävä tekotapa, vaikean ruumiinvamman tai vakavan sairauden aiheuttaminen sekä usea tekijä. Rikoksen on oltava myös

kokonaisuutena arvioiden törkeä, jotta sitä voitaisiin pitää 2 §:n mukaisena törkeänä raiskauksena. Rangaistukseksi tuomitaan vankeutta vähintään kaksi ja enintään kymmenen vuotta.

Jos raiskaus on kokonaisuutena arvostellen lieventävien asianhaaran vallitessa tehty, tekoa pidetään pakottamisena sukupuolilyhteyteen. Tällaiseen kokonaisarvosteluun johtavana seikkana pykälän tekstissä mainitaan nimenomaisesti väkivallan tai uhkauksen vähäisyys. Raiskaus saatetaan katsoa kokonaisuutena lieventävien asianhaarojen vallitessa tehdyksi myös muiden seikkojen perusteella. Tekijän ja uhrin välinen suhde ei kuitenkaan voi olla tällainen lieventävä asianhaara. Pakottamisesta sukupuolilyhteyteen tuomitaan vankeutta enintään kolmeksi vuodeksi.

3. Seksuaalirikoksia koskevat tilastot

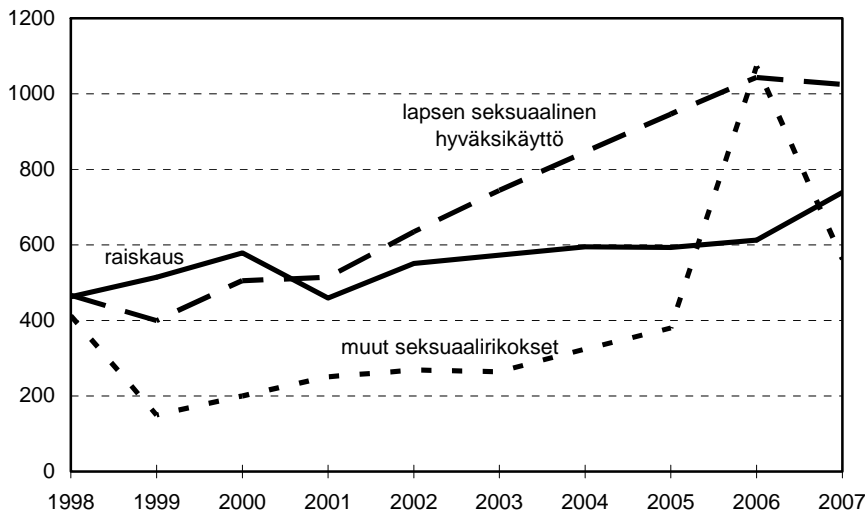
3.1. Yleistä

Suurin osa seksuaalirikollisuudesta jää piilorikollisuudeksi eli ei tule lainkaan poliisin tietoon. Tutkimusten mukaan rikosten uhrin eivät ilmoita poliisille varsinkaan läheistensä tekemästä seksuaalisesta väkivallasta. Myös lasten seksuaalinen hyväksikäyttö jää usein piilorikollisuudeksi esimerkiksi siksi, että lapsen vanhemmat haluavat suojata tätä raskaaksi arvioidulta viranomaismenettelyltä tai pelkäävät teon arkaluonteisuuden aiheuttamaa huomiota. Lisäksi poliisin tietoon tulevien rikosten määrä vaihtelee huomattavasti aivan muista kuin rikosten määrään liittyvistä syistä. Esimerkiksi rikosten tilastointitavan tai ilmoitusalttiuden muutokset vaikuttavat poliisin tietoon tullutta rikollisuutta kuvaaviin lukuihin. Erityisesti tämä koskee seksuaalirikoksia, joissa esimerkiksi rikossarjojen kirjaamiskäytäntöjen muutokset ovat selvästi vaikuttaneet tilastoidun rikollisuuden määrään. Tilastoinnin ongelmallisuudesta huolimatta seksuaalirikollisuutta koskevia tilastotietoja on syytä tarkastella työryhmän työn pohjaksi.

Rikollisuuden määrää voidaan selvittää myös uhriksi joutumisen yleisyyttä mittaavilla kyselytutkimuksilla. Uhritutkimukset vahvistavat oletuksen siitä, että seksuaalirikoksista suuri osa jää eri syistä ilmoittamatta poliisille, tai ne ilmoituksen jälkeen eivät etene tuomioistuinkäsittelyyn asti.

3.2. Poliisin tietoon tulleet seksuaalirikokset

Kuviossa 1 esitetään poliisin tietoon tulleen seksuaalirikollisuuden kehitys Suomessa vuosina 1998–2007. Aikasarjojen luvut eivät ole täysin vertailukelpoisia lainsäädännössä ja tilastoinnissa tapahtuneiden muutosten vuoksi. Vuonna 2007 poliisin tietoon tuli 2 326 rikoslain 20 luvun mukaista seksuaalirikosta (edellisenä vuonna 2 728). Epäilyjä lapsen seksuaalisesta hyväksikäytöstä oli 1 025 (1 043), raiskauksista 739 (613) ja ”muista seksuaalirikoksista” 562 (1 072). Alaikäisiin kohdistuneiden tekojen määrät ovat vaihdelleet eri vuosina, mutta 2000-luvulla näiden rikosten määrä on ollut kasvussa. Vuotta 2008 koskevien ennakkotietojen mukaan poliisin tietoon tuli 1 321 epäiltyä lapsen seksuaalista hyväksikäyttöä, 919 raiskausta ja 685 muuta seksuaalirikosta. Rikosepäilyjä oli yhteensä 2 925.



Kuvio 1. Poliisin tietoon tulleiden seksuaalirikosten määrä vuosina 1998–2007

Poliisin tietoon tulleiden rikosten määrät vaihtelevat vuosittain paljon. Kuten edellä on todettu, rikossarjat voivat vaikuttaa huomattavasti tilastoitujen rikosten määrään. Erityisesti seksuaalisen hyväksikäytön kirjaamiskäytännöt vaihtelevat paljon tilanteissa, joissa uhri on joutunut toistuvasti hyväksikäytön kohteeksi.

Poliisin tietoon tulleet ”muut seksuaalirikokset” lähes kolminkertaistuivat vuodesta 2005 vuoteen 2006. Näistä lisääntyivät erityisesti seksuaalinen hyväksikäyttö (RL 20:5.1–2) ja seksuaalipalvelujen ostaminen nuorelta (RL 20:8). Hyväksikäyttöepäilyt kasvoivat 245:stä 802 rikokseen ja seksuaalipalvelujen ostaminen nuorelta kahdesta yli sataan (110) rikosepäilyyn. Poliisitilaston mukaan ”muita seksuaalirikoksia” (RL 20:5,8–9) tuli poliisin tietoon 562 tapausta vuonna 2007 (1 072 vuonna 2006 ja 380 vuonna 2005).

Tapausten poikkeuksellisen suuri määrä vuonna 2006 johtui ainakin osittain siitä, että rikosepäilyjä tutkittiin Helsingin ja Oulun poliisilaitoksilla aikaisempaa enemmän. Helsingin väkivaltarikosyksikössä aloitti vuoden 2006 alussa ryhmä, joka on keskittynyt selvittämään lapsiin kohdistuneita seksuaalirikoksia. Se paljasti vuonna 2006 satoja rikoksia, joiden uhreina epäiltiin olleen yli kolmekymmentä 6–17-vuotiasta lasta ja tekijöinä kymmenisen miestä. Rikoksista epäillyt tekijät olivat ottaneet yhteyden uhreihin internetin kautta.

Valtaosa (noin neljä viidesosaa) seksuaalirikoksista epäillyistä on yli 20-vuotiaita ja tekijät ovat miltei poikkeuksetta miehiä. Vuonna 2007 tekijä oli alkoholin vaikutuksen alaisena joka kolmannessa tapauksessa. Muiden päihteiden esiintyminen on erittäin harvinaista. Poliisin tietoon tulleista tapauksista 89 prosentissa epäilty oli Suomen kansalainen.

3.3. Tilastoidut raiskaukset ja lasten hyväksikäytöt

3.3.1. Raiskaukset

Suomessa on viimeisen kymmenen vuoden aikana ilmoitettu poliisille keskimäärin 568 raiskausta vuosittain. Ilmi tulleiden raiskausten määrä on ollut tasaisessa kasvussa. Poliisin tietoon tulleista tapauksista ei voida suoraan tehdä päätelmiä rikosten todellisesta määrästä ja luonteesta, vaan ne kertovat enemmän rikosten uhrien halusta ja kyvystä tehdä rikosilmoitus. Osa teoista osoittautuu jo esitutkintavaiheessa lievemmin rangaistaviksi seksuaaliksi hyväksikäytöiksi.

Raiskauksien todellisista vuosittaisista määristä on esitetty erilaisia arvioita, jotka ovat perustuneet esimerkiksi Suomessa tehtyihin uhritutkimuksiin, Raiskauskriisikeskus Tukinaisen saamiin yhteydenottoihin tai poliisin tekemiin arvioihin.

Alla olevassa taulukossa 1 esitetään poliisin tietoon tulleiden raiskausten määrä vuosina 1998–2007. Vuoteen 1999 saakka mukana ovat väkisinmakaamiset ja niiden yritykset. Tästä eteenpäin mukaan on laskettu raiskaus (RL 20:1), törkeä raiskaus (20:2), pakottaminen sukupuoliyhteyteen (20:3) sekä näiden rikosten yritykset. Tapausten vuosittainen kokonaismäärä on ollut kasvussa. Vuonna 2008 poliisin tietoon tuli 919 raiskausepäilyä, mikä merkitsee 24 prosentin nousua edelliseen vuoteen verrattuna.

Tilastossa ovat mukana myös raiskauksen yritykset.

Taulukko 1. Poliisin tietoon tulleet raiskausrikokset vuosina 1998–2007.

	1998	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
	463	463	514	579	459	551	573	595	593	613	739
Muutos %	-1,1	-1,1	+11,0	+12,6	-20,7	+20,0	+4,0	+3,8	-0,3	+3,4	+20,6

Poliisin tietoon tulleita raiskauksia on selvitetty tarkemmin tutkimalla kaikki vuosina 1998–1999 poliisille ilmoitetut tapaukset.¹ Raiskauksen uhreja oli yhteensä 1 018. Seuraavasta taulukosta käy ilmi, että raiskauksen uhri ja raiskauksesta epäilty tekijä yleensä tunsivat toisensa. Vain noin joka neljännessä tapauksessa tekijä oli uhrille tuntematon.

Raiskauksia tapahtui eniten niin sanotuissa tutustumistilanteissa ja tuttavien kesken. Tutustumistilanteilla tarkoitetaan tapauksia, joissa tekijä ja uhri tapasivat esimerkiksi ravintolassa ja lähtivät sieltä yhdessä jatkamaan iltaa. Noin 130 raiskausta tapahtui Kainulaisen tutkimuksen mukaan intiimissä tai muussa läheisessä suhteessa, mikä vastaa 13 prosenttia rikoksista. Tällöin oli yleensä kysymys parisuhteesta.

¹ Kainulainen 2004.

Raiskauksesta epäillyn tekijän ja uhrin välinen suhde poliisille ilmoitetuissa raiskauksissa vuosina 1998–1999.

	N	%
Intiimi tai muu läheissuhde	134	13,2
Tekijä ja uhri tuttavina	236	23,2
Tutustumistilanne	251	24,6
Tekijä/uhri työtehtävissä	23	2,3
Tekijä auktoriteettiasemassa	4	0,4
Tekijä tuntematon uhrille	270	26,5
Ei tietoa suhteesta	100	9,8
Yhteensä	1 018	100

Vain pieni osa poliisin tietoon tulleista raiskauksista johtaa tekijän tuomitsemiseen. Seksuaalirikosuudistuksen jälkeen tässä on tapahtunut muutos, sillä sekä syytteiden nostaminen että tekijöiden tuomitseminen on lisääntynyt ja syytettyjen ja tuomittujen suhteellinen osuus poliisille ilmoitetuista raiskauksista on noussut. Toisaalta syytteiden hylkäysprosentti on noussut. Vuosina 2001–2007 nostettiin keskimäärin 109 raiskaussyytettä vuodessa ja tuomittuja oli vastaavasti 87. Ennen uudistusta (1994–1998) syytettyjä oli keskimäärin 55 vuodessa ja tuomittuja 51. Vuosina 2001–2007 keskimäärin neljä viidesosaa tuomioistuinten tutkimista raiskauskasioista päättyi rangaistuksen tuomitsemiseen.

Tutkimuksessa havaittiin, että tekijän ja uhrin välinen suhde vaikutti siihen, miten hyvin tapaukset etenivät rikosprosessissa. Tuntemattoman miehen teoista nostettiin vain harvoin syytteitä (kahdeksassa prosentissa tapauksista). Syynä tähän oli yleensä se, että tekijän henkilöllisyyttä ei pystytty selvittämään. Tutustumistilanteissa tai tuttavien kesken tapahtuneista raiskauksista nostettiin syyte joka viidennessä tapauksessa. Prosessin eteneminen saattoi pysähtyä useasta eri syystä: poliisi ei onnistunut selvittämään rikosta, tapaus luokiteltiin muuksi kuin rikokseksi, syyttäjä ei nostonut syytettä tai raiskauksen uhri esitti toivomuksen syyttämättä jättämisestä.

Raiskauksen uhri voi jättää rikosilmoituksen tekemättä monesta eri syystä. Häpeä, itesyytökset, läheisten ihmisten kielteinen suhtautuminen ja pelko tekijää kohtaan ovat esimerkkejä syistä. Varsinkin tutustumistilanteissa tapahtuneissa raiskauksissa naiset saattavat syyttää itseään tapahtumista.

3.3.2. Tilastoitu lapsen seksuaalinen hyväksikäyttö

Poliisin tietoon tulleet lapsen seksuaalisen hyväksikäytön tapaukset ovat lisääntyneet voimakkaasti. Kahtena viime vuotena tapauksia on tullut ilmi hieman yli tuhat, kun kymmenen vuotta aikaisemmin määrä oli puolet tästä; 15 vuodessa määrä on nelinkertaistunut. Tilastoidun rikollisuuden kasvusta ei voida tehdä päätelmiä rikollisuuden todellisista muutoksista. Rikollisuuden sisältö on esimerkiksi internetin tuomien toimintatapojen myötä muuttunut. Sosiaali- ja terveystoimen henkilöstö on vuodesta 2003 lähtien ollut velvollinen tekemään hyväksikäyttöepäilyistä lastensuojeluilmoituksen kunnan lastensuojeluviranomaisille, mikä voi selittää viime vuosina ollutta voimakasta rikosepäilyjen kasvua.

Sosiaali- ja terveysministeriön asettama työryhmä uudisti lapsen pahoinpitelyn ja seksuaalisen hyväksikäytön epäilyyn liittyvien selvitysten ohjeet vuonna 2003 (Stakes: Oppaita 55). Ohjeilla muutettiin aikaisempia menettelytapoja sosiaali- ja terveystoimessa. Sosiaali- tai terveydenhuollon toimipaikassa ilmi tulleet perustellut pahoinpitely- ja hyväksikäyttöepäilyt on nykyään ilmoitettava välittömästi lastensuojeluviranomaisille, jotka puolestaan ilmoittavat välittömästi asian poliisille.

Seuraavissa taulukoissa 2 ja 3 on esitetty poliisin tietoon tulleiden sekä tuomioistuimen tekijälle syyksi lukemien alaikäisiin kohdistuneiden seksuaalirikosten lukumäärä ja sen prosentuaalinen muutos edellisestä vuosina 1998-2007 ja 1997-2006. Tilastokeskuksen ennakkotietojen mukaan poliisin tietoon tuli 1 321 alaikäiseen kohdistuneen seksuaalirikoksen epäilyä vuonna 2008. Tämä merkitsee 29 prosentin nousua edellisvuoteen verrattuna.

Taulukko 2. Poliisin tietoon tulleet rikokset

1998	1999 ¹	2000 ¹	2001 ¹	2002 ¹	2003 ¹	2004 ¹	2005 ¹	2006 ¹	2007 ¹
466	399	504	514	635	744	846	946	1 043	1 025
-21%	-14%	+24%	+2%	+24%	+17%	+14%	+12%	+10%	-2%

Taulukko 3. Tuomioistuimessa syyksi luetut rikokset

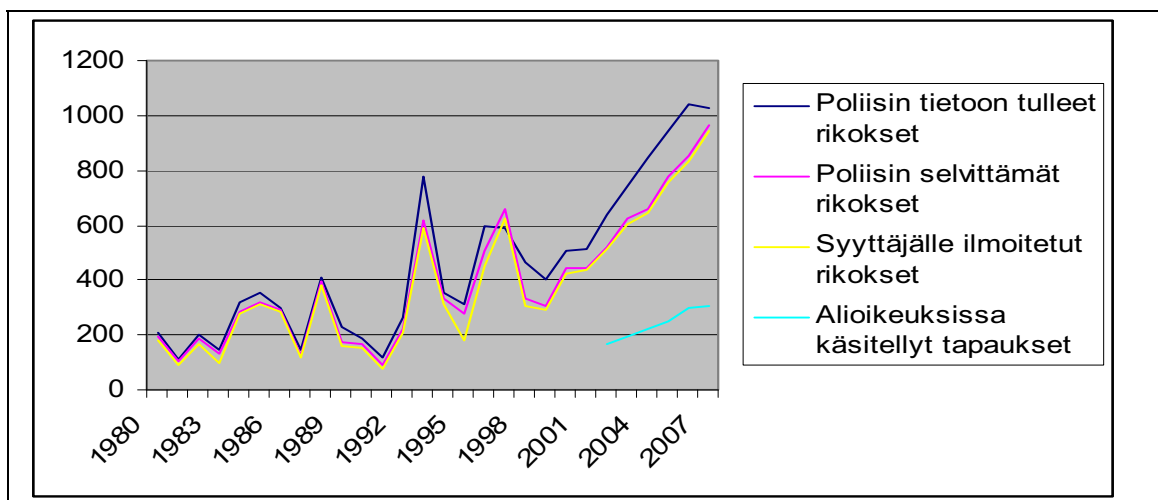
1997	1998	1999 ¹	2000 ¹	2001 ¹	2002 ¹	2003 ¹	2004 ¹	2005 ¹	2006 ¹
148	124	128	146	259	282	249	332	383	370
+23%	-16%	+3%	+14%	+77%	+9%	-12 %	+33%	+15%	-3%

Laskettu Tilastokeskuksen luvuista.

¹ Luvussa on huomioitu lain muutoksen jälkeen lapsen (törkeä) seksuaalinen hyväksikäyttö (RL 20:6-7). Muut alaikäisiin kohdistuvat seksuaaliset hyväksikäytöt (RL 20:5 ja RL 20:8) tilastoidaan muina seksuaalirikoksina. Lain muutoksen vuoksi vuosia 1999-2007 koskevat luvut eivät ole täysin vertailukelpoisia aikaisempien vuosien lukuihin.

Lapsen kohdistuneiden seksuaalisten hyväksikäyttöjen selvitysprosentti vaihtelee vuosittain. Vaihtelu johtuu osittain rikossarjojen kirjaamiskäytännöstä. Vuoden 1999 lainmuutoksen jälkeen selvitysprosentti on vaihdellut 73:n ja 94:n välillä, keskiarvo on 84 prosenttia.

Kuvio 2. Poliisin tietoon tulleet lapsen seksuaaliset hyväksikäytöt, niiden selvittäminen ja syyttäjälle ilmoittaminen vuosina 1980–2007 sekä alioikeuksissa käsitellyt tapaukset 2002–2007



Rikosten ilmoitusalttiudessa tapahtuneet muutokset vaikuttavat selvästi ilmi tulleiden rikosten määrän kehitykseen. Samoin sosiaali- ja terveystieteiden sekä päiväkotien ja koulujen herkkyys tunnistaa seksuaaliseen hyväksikäyttöön liittyvää oirehdintaa on todennäköisesti lisääntynyt.

3.3.3. Uhritutkimukset

Koska seksuaalirikokset näyttävät jäävän suureksi osaksi viranomaisilmoitusten ulkopuolelle, ovat rikoksen uhriksi joutumista koskevat kyselytutkimukset hyödyllinen keino selvittäessä seksuaalirikosten todellista määrää.

Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos ja Poliisiammattikorkeakoulu julkaisivat vuonna 2008 tutkimuksen lasten ja nuorten kokemasta väkivallasta ja seksuaalikoemuksista aikuisen kanssa.² Kyselytutkimuksen kohteena olivat peruskoulun 6- ja 9-luokkalaisten suomen- ja ruotsinkieliset nuoret, joista Tilastokeskus oli laatinut alueellisesti kattavan otoksen. Aikuisella viitataan tutkimuksessa vähintään viisi vuotta vastaajaa vanhempaan henkilöön. Kyselyssä toistettiin Heikki Sariolan vuonna 1988 koululaistutkimuksessa tekemät kysymykset perheessä koetusta väkivallasta sekä seksuaalisesta kanssakäymisestä, joten aiheesta saatiin vertailu 20 vuoden takaiseen tilanteeseen.

Tutkimuksen mukaan nuorten seksuaalikoemukset aikuisten kanssa ovat vähentyneet selvästi viimeisen 20 vuoden aikana. Erityisesti yhdyntään saakka edenneet kokemukset olivat vähentyneet. Kun vuonna 1988 yhdeksäluokkalaisten tytöistä kuusi prosenttia ilmoitti olleensa sukupuoliyhteydessä aikuisen kanssa, ilmoitti saman vuonna 2008 enää kolme prosenttia tytöistä. Pojista ilmoitti vuonna 1988 neljä prosenttia olleensa yhdynnässä aikuis-

² Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos & Poliisiammattikorkeakoulu 2008.

sen kanssa, vuoden 2008 luku oli yksi prosentti. Kaiken kaikkiaan fyysisen kosketuksen sisältävät seksuaalikoemukset olivat nuorilla vähentyneet selvästi.

Tutkimuksen mukaan kielteisten seksuaalikoemusten määrä oli kuitenkin lisääntynyt. Perheen sisäinen seksuaalinen hyväksikäyttö, inestiset suhteet sekä muut vakavammat hyväksikäytöt olivat 20 aikana vähentyneet. Lievempi ja suhteellisen nuorten miesten (enintään 10 vuotta lasta tai nuorta vanhempien) tekemä hyväksikäyttö oli kuitenkin pysynyt entisellä tasolla. Aikuisen ehdotuksen tasolle jääneet koemukset olivat lisääntyneet sekä tytöillä että pojilla.

Suomalaisten naisten kokemaa seksuaalista väkivaltaa on selvitetty muun muassa vuonna 2005 tehdyssä laajassa uhrikyselyssä. Tutkimuksessa kysyttiin muun muassa, oliko vastaja koskaan elämänsä aikana pakotettu tai yritetty pakottaa seksuaaliseen kanssakäymiseen. Naisista yhdeksän prosenttia vastasi kokeneensa tällaista ainakin kerran. Lisäksi kyselyssä tiedusteltiin seksuaaliseen kanssakäymiseen pakottamisesta, kun uhri ei ollut kyennyt puolustautumaan esimerkiksi humalatilansa takia. Kun nämä tapaukset lasketaan mukaan, osuus nousi viidesosaan naisista.

Tarkasteltaessa viimeksi kuluneen vuoden aikana tapahtunutta seksuaalista väkivaltaa 15 000 naista oli tutkimuksen mukaan pakotettu seksuaaliseen kanssakäymiseen. Luvuksi muodostuu 46 000 (2,5 % naisista), kun mukaan lasketaan tilanteet, joissa nainen oli nukkunut tai oli ollut muusta syystä kyvytön puolustautumaan³.

Raiskausten uhrien tukipalveluista saatavat tiedot vahvistavat, että seksuaalista väkivaltaa kohdataan usein läheissuhteissa, mutta rikosilmoituksia niistä tehdään harvemmin kuin tuntemattomien tekemistä teoista. Raiskauskriisikeskus Tukinainen otetuissa yhteydenotoissa on ollut useammin kyse intiimissä tai muussa läheissuhteessa tapahtuneista raiskauksista kuin poliisille ilmoitetuissa tapauksissa. Uhritutkimusten perusteella voidaan todeta, että suurin osa seksuaalisesta väkivallasta jää muun väkivallan tavoin usein piilorikollisuudeksi. Viranomaisille ei ilmoiteta varsinkaan tuttujen ja läheisten tekemästä seksuaalirikoksista.

3.4. Seksuaalirikoksista tuomitut

Rikoslain 20 luvun seksuaalirikoksista tuomittiin vuonna 2006 yhteensä 450 henkilöä, joista 5 oli naisia. Heistä ehdottomaan vankeusrangaistukseen tuomittiin 20 prosenttia (N=92), yhdyskuntapalveluun noin 4 prosenttia (N=16), ehdolliseen vankeusrangaistukseen noin 63 prosenttia (N= 283) ja sakkorangaistukseen 10,5 prosenttia (N=52).⁴

Vuonna 2007 oikeudessa rikoslain 20 luvun seksuaalirikoksista tuomittuja oli yhteensä 472 eli hieman enemmän kuin vuonna 2006. Taulukossa 4 on esitetty seksuaalirikoksista tuomittujen rangaistusten jakautuma vuosina 2006 ja 2007

³ Piispa 2006

⁴ Lukuihin sisältyvät kaikki rikoslain 20 luvun rikokset, myös paritukset. Työryhmän toimeksiannon kannalta paritusrikokset eivät ole merkityksellisiä. Näitä rikoksia on vuosittain varsin vähän. Vuonna 2006 paritusrikoksia oli 13 ja vuonna 2007 yhteensä 12.

Taulukko 4. Vuosina 2006 ja 2007 rikoslain 20 luvun seksuaalirikoksista tuomitut ensimmäisessä oikeusasteessa seuraamuksittain.

	Vuosi		Vuosi	
Seuraamus	N	%	N	%
Ehdoton vankeus	92	20,4	115	24,4
Yhdyskuntapalvelu	16	3,6	15	3,2
Ehdollinen vankeus (pelkästään)	228	50,7	259	54,9
Ehdollinen vankeus ja oheissakk	43	9,6	22	4,7
Ehdollinen vankeus ja ykp	12	2,7	22	4,7
Sakkorangaistus	52	11,6	34	7,2
Nuorisorangaistus			1	0,2
Tuomitsematta jättäminen	7	1,6	4	0,8
Yhteensä	450	100	472	100

Ehdottomien vankeusrangaistusten määrä ja prosentuaalinen osuus on noussut vuodesta 2006 vuoteen 2007. Vuonna 2006 noin viidennes kaikista seuraamuksista oli ehdottomia vankeusrangaistuksia, kun vastaava luku oli vuonna 2007 lähes neljännes.

Yleisin seuraamus on kuitenkin ehdollinen rangaistus, joka mahdollisine oheisseuraamuksineen määrättiin vuonna 2006 yhteensä 63 prosentissa tapauksista ja vuonna 2007 yhteensä 64 prosentissa tapauksista. Sakkorangaistusten määrä on hieman vähentynyt vuodesta 2006 vuoteen 2007. Myös sakkorangaistusten prosentuaalinen osuus on laskenut vuoden 2006 noin 12 prosentista noin 7 prosenttiin vuonna 2007.

Nämä luvut sisältävät kaikki seksuaalirikoksista tuomitut. Rikoslain 20 luvussa kriminalisoidut seksuaalirikokset sisältävät hyvin erilaisia tunnusmerkistöjä, minkä vuoksi seuraavassa tarkastellaan tuomittuja seuraamuksia lähemmin rikoslajeittain.

Vuonna 2007 rikoslain 20 luvussa säädettävistä seksuaalirikoksista tuomittiin yhteensä 472 henkilöä. Puolet (51 prosenttia) heistä tuomittiin lapsen seksuaalisesta hyväksikäytöstä. Lapsen seksuaalisesta hyväksikäytöstä sen perustekomuodossa tuomittiin 231 henkilöä, joista 36 eli 16 prosenttia tuomittiin ehdottomaan vankeuteen. Lisäksi tuomittiin 10 henkilöä yhdyskuntapalveluun. Törkeitä lapsen hyväksikäyttöä oli 24, joista 20 eli 83 prosenttia johti ehdottomaan vankeusrangaistukseen.

Seuraavassa taulukossa on esitetty seksuaalirikoksista tuomitut rikoksittain sekä keskimääräiset rangaistukset kussakin rikostyypissä.

Taulukko 5. Vuonna 2007 ensimmäisessä oikeusasteessa rikoslain 20 luvun seksuaalirikoksista tuomitut rikoksittain sekä tuomion keskimääräinen pituus (suluissa).⁵

Rikos	Ehdoton vankeus, lkm (kk)	Ehdollinen vankeus (kk) ⁶	Vankeuteen tuomitut yht.(kk)
Raiskaus	37 (23,3)	23 (16,2)	60 (20,6)
-yritys	1 (10,0)	11 (10,8)	12 (10,8)
Törkeä raiskaus	5 (38,8)	1 (19,0)	6 (35,5)
-yritys	1 (24,0)	-	1 (24,0)
Pakott. sp yhteyteen	4 (11,5)	14 (8,4)	18 (9,1)
-yritys	-	5 (4,4)	5 (4,4)
Pakott. seks. tekoon	1 (4,0)	2 (2,8)	3 (3,2)
-yritys	-	1 (4,0)	1 (4,0)
Seks.hyväksikäyttö	12 (9,7)	40 (6,6)	52 (7,3)
Lapsen seks. hyväksikäyttö	46 (12,1)	185 (6,0)	231 (7,2)
-yritys	1 (6,5)	8 (2,9)	9 (3,3)
Törkeä lapsen seks. hyv.käyttö	20 (35,3)	4 (19,8)	24 (32,7)
-yritys	-	-	
Seks.palvelujen ostaminen nuorelta	-	-	
Paritus	-	7 (6,1)	7 (6,1)
Törkeä paritus	2 (12,0)	2 (18,0)	4 (15)
Yhteensä	115* (21,5)	303 (7,3)	433 (11)

* Luku ei sisällä määräaikaista vankeusrangaistuksia, jotka on muunnettu yhdyskuntapalveluksi (15).

⁵ Lähde Tilastokeskus, poimittu PX-web tietokannasta 21.11.2008 (Jaana Asikainen). Taulukosta puuttuu yksi nuorisorangaistus, joka on tuomittu lapsen seksuaalisesta hyväksikäytöstä.

⁶ Pitää sisällään myös sellaiset ehdolliset vankeusrangaistukset, joiden oheisseuraamuksena on tuomittu sakkorangaistus tai yhdyskuntapalvelu.

Taulukosta ilmenee, että raiskaus johti ehdottomaan vankeusrangaistukseen 58 prosentissa tapauksista. Törkeä raiskaus johti ehdottomaan vankeusrangaistukseen kaikissa paitsi yhdessä tapauksista.

Lapsen seksuaalisesta hyväksikäytöstä tuomituista 77 prosenttia tuomittiin ehdolliseen vankeusrangaistukseen ja tähän määrään sisältyvät myös ne ehdolliset vankeusrangaistukset, joiden ohella on tuomittu sakko tai yhdyskuntapalvelu. Ehdollisten vankeusrangaistusten suurta määrää selittää se, että näissä tapauksissa tekijää ei ole aikaisemmin tuomittu rangaistukseen, tekijä ei ole hakenut tekonsa kohteeksi nimenomaan lasta ja uhrin ikä on lähellä suojaikärajaa. Törkeässä lapsen seksuaalisesta hyväksikäytöstä seuraamus oli ehdoton vankeus 83 prosentissa tapauksista.

Sakkorangaistukset eivät ilmene taulukosta. Sakkoja tuomittiin eniten seksuaalisesta hyväksikäytöstä, joissa tuomioita oli 19. Lapsen seksuaalisesta hyväksikäytöstä tuomittiin seitsemän sakkorangaistusta ja pakottamisesta seksuaaliseen tekoon viisi.

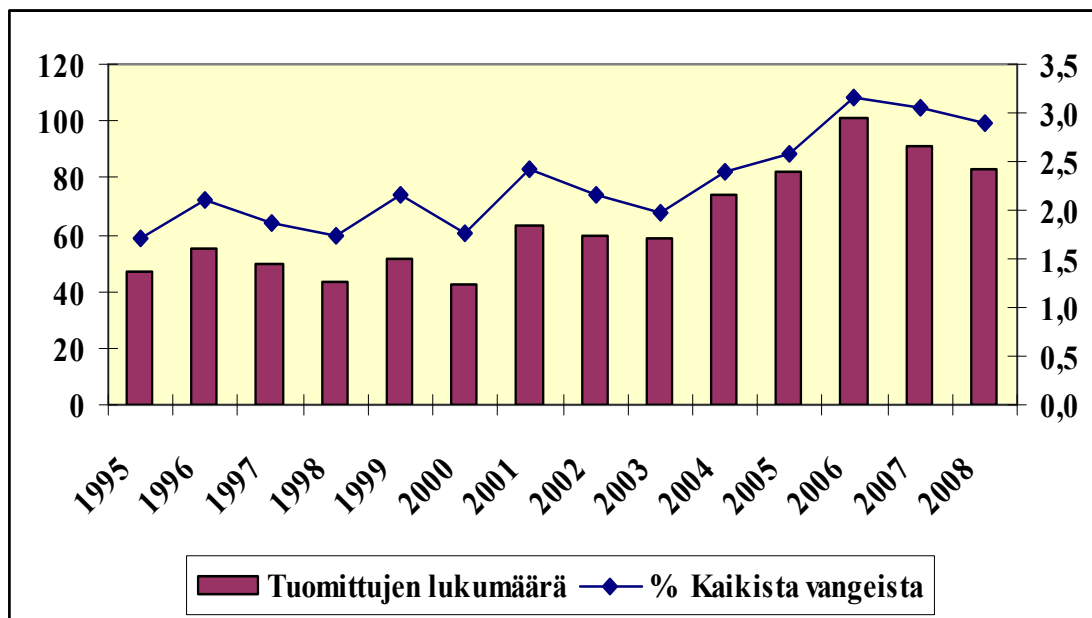
3.5. Vankilassa olevat ja yhdyskuntapalveluun tuomitut seksuaalirikolliset

Seksuaalirikos päärikoksena⁷ tuomittujen vankien päivittäinen keskimäärä on vuosittain tehtävän vankirakennekartoituksen mukaan jonkin verran noussut vuodesta 1995 vuoteen 2008, vaikkakaan nousu ei ole ollut täysin yhdensuuntaista. Heidän määränsä on ollut vähimmillään 42 ja enimmillään 101. Tämän ryhmän osuus kaikista vangeista on vaihdellut 1,7 prosentin ja 3,2 prosentin välillä.

Seksuaalirikos päärikoksena tuomittujen vankien määrä selviää oheisesta kuviosta.

⁷ Päärikos merkitään vankilassa käsin. Päärikos on rikos, josta on tuomittu pisin rangaistus. Jos useammasta rikoksesta on määrätty yhteinen rangaistus, päärikos on rikos, jonka maksimi- ja minimirangaistuksen perusteella määritelty arvo on pienin (Tilastokeskuksen luokitus) eli rikos on törkein niistä rikoksista, jotka sisältyvät yhteiseen rangaistukseen. Sellaiset seksuaalirikoksista tuomitut, jotka ovat syyllistyneet myös esimerkiksi henkirikokseen, eivät näy näissä tilastoissa.

Kuvio 3. Seksuaalirikos päärikoksena tuomitut 1995 (1.10) ja 1997-2008 (1.5.) sekä heidän prosentuaalinen osuutensa kaikista vangeista (sakkovankeja lukuun ottamatta)



Seksuaalirikoksista päärikoksena tuomittuja vankeja oli 1.5.2008 yhteensä 110, joista 83 vankeusvankina ja 27 tutkintavankina. Vankeusvangeista kaikki olivat miehiä, tutkintavankien joukossa oli yksi nainen.

Seksuaalirikos päärikoksena tuomittujen vankien vankeinhoidollinen kertaisuus⁸ eroaa selvästi kaikkien vankien kertaisuuden prosentuaalisesta jakautumasta. Yli 60 prosenttia seksuaalirikoksista tuomituista on vankeinhoidollisesti ensikertaisia, kun vastaava osuus kaikista vangeista on 30 prosenttia.

Taulukko 6. Seksuaalirikos päärikoksena tuomittujen vankien vankeinhoidollinen kertaisuus verrattuna kaikkien vankien kertaisuuteen (1.5.2008)

Vankeinhoidollinen kertaisuus	Seksuaalirikos päärikoksena %	Kaikki vangit (N= 2 865)
1	62,7	30,0
2	14,5	13,9
3	7,2	10,4
4	4,8	8,8
5-10	10,8	24,9
10-	1,2	11,9

⁸ Vankeinhoidollisella ensikertaisuudella tarkoitetaan RL 2 c luvun 5 §:n 2 momentin mukaan sitä, ettei vanki ole rikosta edeltäneiden kolmen vuoden aikana suorittanut vankeusrangaistusta.

Vuosittaisesta vankilukututkimuksesta saadaan joitakin tietoja myös vankien sosiaalisesta taustasta. Vuoden 2008 poikkileikkaustilaston mukaan seksuaalirikos päärikoksena tuomituista neljännes (24,1 %) oli naimisissa, lähes puolet (43,4 %) naimattomia ja lähes kolmannes eronneita (28,9 %).

3.5.1. Vankilassa helmikuussa 2008 olleet tutkintavangit ja vangit

Vankeinhoidossa ei ole saatavilla tarkkaa tietoa siitä, millaisista seksuaalirikoksista vangit on tuomittu. Rikokset tilastoidaan päärikoksen mukaan yhdeksi ryhmäksi eli siveellisyysrikkoksiksi.

Työryhmän selvityksen pohjaksi kerättiin vankirekisteristä helmikuussa 2008 kaikki sellaisen vankien nimilehdet, joilla oli seksuaalirikos päärikoksena. Nimilehdet sisältävät joitakin perus- ja taustatietoja vangeista sekä tietoja heidän rikoksistaan ja niiden laadusta. Samalla kerättiin tiedot tutkintavangeista, jotka oli vangittu epäiltynä seksuaalirikoksesta.

Selvitysjoukkoon kuului yhteensä 95 seksuaalirikoksesta tuomittua vankia. Heistä seksuaalirikos oli päärikoksena 92 vangilla. Kolmella vangilla oli päärikoksena tappo, mutta heidät otettiin selvitysryhmään mukaan, koska päärikoksen määrittely on useissa tapauksissa käytännössä ongelmallista. Kaikilla kolmella oli tällä rangaistuskaudella myös seksuaalirikos nimilehdellä.⁹

Tutkintavankeja oli 27. Kaikkiaan vankeja ja tutkintavankeja oli yhteensä 122. Heidän joukossaan oli ainoastaan kaksi naista, joista toinen suoritti vankeusrangaistusta ja toinen oli tutkintavanki. Vankeusrangaistusta suorittavan naisvängin päärikos oli lapsen seksuaalinen hyväksikäyttö ja tutkintavankeudessa olevalla naisella päärikoksena oli paritus.

Perus- ja taustatietoja

Seksuaalirikoksista tuomitut olivat keskimääräiseltä iältään vanhempia kuin vangit yleensä: seksuaalirikoksista tuomittujen vankeusvankien keski-ikä oli 40,7 vuotta, kun kaikkien vankeusrangaistusta suorittavien keski-ikä on (1.5.2008 vankirakennekartoituksen mukaan) noin 36 vuotta. Kun kaikista vankeusvangeista 50-vuotiaita tai tätä vanhempia on 12 prosenttia, seksuaalirikollisten ryhmässä heitä oli vähän yli viidennes (21 %).

Nuorimpiin ikäluokkiin kuuluvia vankeusvankeja tässä joukossa ei ollut ollenkaan. Tutkintavankien keskimääräinen ikä oli hiukan alhaisempi eli 39,4 vuotta. Tutkintavankien joukossa oli yksi alle 18-vuotias. Asiaa havainnollistetaan taulukossa 7.

⁹ Kahdella vangilla rikos oli raiskaus ja yhdellä lapsen seksuaalinen hyväksikäyttö.

Taulukko 7. Vankilassa helmikuussa 2008 olleiden seksuaalirikoksesta tuomittujen tai vangittujen ikäjakauma.

	Vankeusvangit	%	Tutkintavangit	%
Alle 18	0	0,0	1	3,7
19-20	0	0,0	0	0,0
21-30	22	23,2	7	25,9
31-40	30	31,6	9	33,3
41-50	23	24,2	6	22,2
51-60	16	16,8	1	3,7
61-70	3	3,2	3	11,1
71-	1	1,1	0	0,0
Yhteensä	95	100	27	100

Vangit olivat jakautuneet vankiloihin ympäri Suomea, mutta eniten vankeusvankeja oli Helsingin (17), Riihimäen (14), Turun (11) ja Pelson (12) vankiloissa. Yhteensä 14 seksuaalirikoksista tuomittua oli sijoitettu avolaitokseen tai avolaitososastoon. Tutkintavangeista suurin osa (7) oli sijoitettu Vantaan vankilaan.

Ulkomaalaisten vankien osuus seksuaalirikos päärikoksena tuomituista vangeista eroaa varsin huomattavasti ulkomaalaisten vankien osuudesta kaikista vankeusvangeista. Seksuaalirikos päärikoksena tuomituista vankeusvangeista 83 prosenttia (N=79) oli Suomen kansalaisia. Loput 17 prosenttia (N=16) edustivat yhteensä 12 eri maan kansalaisuutta. Yhdellä vangilla oli kaksoiskansalaisuus. Kaikista vangeista ulkomaalaisten vankeusvankien osuus 1.5.2008 oli huomattavasti pienempi eli 4,4 prosenttia.

Tutkintavangeista 78 prosenttia oli Suomen kansalaisia ja loput 22 prosenttia edustivat neljää eri kansalaisuutta. Eniten ulkomaan kansalaisuuden omaavia vankeja ja tutkintavankeja oli Ruotsista, Virossa ja Somaliasta. Myös tutkintavankien joukossa ulkomaalaisia oli siten jonkin verran enemmän kuin ulkomaalaisten tutkintavankien osuus kaikista tutkintavangeista (15,7 %).

Nimilehdistä kerättiin tietoa myös vankilaantulokerroista ja vankeinhoidollisesta kertaaisuudesta.

Vankeusvangeista 59 prosenttia (N=56) oli vankilassa ensimmäistä kertaa ja 41 prosenttia oli uusijoita. Uusijoista yhteensä 14 oli toista kertaa vankilassa ja 23 oli ollut vankilassa 3-8 kertaa ja kaksi vankia enemmän kuin 10 kertaa. Aikaisempiin rangaistuskautiin ja rangaistuksiin johtaneista rikoksista ei kerätty tietoa. Selvityksessä mukana olleiden vankien ns. vankeinhoidollinen kertaisuus poikkesi edellä mainitusta jakaumasta, sillä vankeinhoidollisesti ensikertaisia oli 69 prosenttia.

Rikokset ja rangaistukset

Seksuaalirikoksista tuomitut vangit suorittivat pitkiä rangaistuksia. Helmikuussa 2008 täytäntöönpanossa olleen rangaistuksen keskimääräinen pituus oli 43,2 kuukautta eli kolme vuotta kuusi kuukautta. Mediaani oli kolme vuotta. Jos jätetään ottamatta huomioon ne

kolme vankia, joilla oli tappo päärikoksena, rangaistuksen keskimääräinen pituus oli noin 40 kuukautta eli 3 vuotta neljä kuukautta.

Seitsemällä vangilla oli suoritettavanaan jäännösrangaistus. Jäännösrangaistusten pituudet vaihtelivat kuukauden ja kahdeksan vuoden välillä.

Vangeilla oli täytäntöön pantavana samalla kertaa useita tuomioita. Tuomioita oli keskimäärin 1,6, joista keskimäärin 1,1 oli tuomittu seksuaalirikoksista.

Yleisin seksuaalirikos vangeilla oli raiskaus, johon oli syyllistynyt 30 vankia eli noin kolmannes heistä. Seuraavaksi yleisin rikos oli lapsen seksuaalinen hyväksikäyttö. Lapsen seksuaalinen hyväksikäyttö ja törkeä lapsen seksuaalinen hyväksikäyttö muodostivat yli 50 prosenttia kaikista tapauksista.

Tarkempi rikosjakauma selviää seuraavasta taulukosta 8.

Taulukko 8. Vankeusvankien (N=95) seksuaalirikos.

Rikos	N	%
Raiskaus	30	31,6
Lapsen seksuaalinen hyväksikäyttö	26	27,4
Törkeä lapsen seksuaalinen hyväksikäyttö	23	24,2
Törkeä raiskaus	9	9,5
Seksuaalinen hyväksikäyttö	3	3,2
Pakottaminen sukupuoliyhteyteen	2	2,1
Pakottaminen seksuaaliseen tekoon	1	1,1
Törkeä paritus	1	1,1
Yhteensä	95	100

Tutkintavangeilla rikosten jakauma poikkesi jonkin verran vankeusvankien vastaavasta jakaumasta siten, että raiskauksien suhteellinen osuus oli vähän pienempi. Noin 60 prosenttia rikoksista tutkintavangeilla oli lapsen seksuaalista hyväksikäyttöä.

Yleisimmät rikokset olivat lapsen seksuaalinen hyväksikäyttö, törkeä lapsen seksuaalinen hyväksikäyttö ja raiskaus.

Taulukko 9. Tutkintavankien seksuaalirikos (N= 27)

Rikos	N	%
Lapsen seksuaalinen hyväksikäyttö	8	29,6
Törkeä lapsen seksuaalinen hyväksikäyttö	8	29,6
Raiskaus	5	18,5
Törkeä raiskaus	4	14,8
Pakottaminen sukupuoliyhteyteen	1	3,7
Paritus	1	3,7
Yhteensä	27	100

Tutkintavangeilla oli seksuaalirikoksia keskimäärin 4,4. Yleisimmin (moodi) tutkintavangeilla oli kaksi seksuaalirikosta. Myös mediaani oli kaksi.

Useat vankeusvangit olivat syyllistyneet toiseen rikokseen yhdessä taulukossa 3 ilmenevän seksuaalirikoksen kanssa. Yhteensä 39 (41 %) vangilla rikokseen liittyi toinen rikos.¹⁰ Useimmiten samalla kertaa oli tehty toinen seksuaalirikos (N=23) tai väkivaltarikos (N=12).

Vankien nimilehdistä selvitettiin myös kaikkien kuluvalle rangaistuskaudella täytäntöön-pantavina olleiden seksuaalirikosten yhteenlaskettu määrä. Seksuaalirikosten määrässä on suuri hajonta, mutta tavallisimmin tuomio perustui yhteen tai kahteen seksuaalirikokseen.

Nimilehdiltä kerättiin tietoa myös muusta rikollisuudesta. Väkivaltatuomiot olivat näillä vangeilla varsin yleisiä ja noin 42 prosentilla (N=40) vangeista oli tuomioita myös väkivaltarikoksista. Yleisimmät seksuaalirikokseen liittymättömät väkivaltarikokset olivat pahoinpitely (18), törkeä pahoinpitely (9), virkamiehen väkivaltainen vastustaminen (8), vapaudenriisto (8) ja tapon yritys (6).

Vankitietojärjestelmän mukaan vangeista ja tutkintavangeista 25 oli eläkkeellä. Suurimmalla osalla heistä kysymys on työkyvyttömyyseläkkeestä tai vastaavasta etuudesta, koska ryhmään kuului vain neljä 63 vuotta täyttänyttä vankia.

3.6. Seksuaalirikoksiin syyllistyneet yhdyskuntaseuraamuksissa

Rikosseuraamusviraston asiakastietorekisterin mukaan seksuaalirikoksista tuomittuja oli 5.6.2008 eri yhdyskuntaseuraamusten piirissä kaikkiaan 101. Näistä yhdyskuntapalveluun tuomittuja oli 17, ehdonalaisen vapauden valvontaan asetettuja 52 ja ehdollisen vankeuden oheisseuraamuksena valvontaan tuomittuja nuoria 32.

Yhdyskuntapalveluun tuomituista seksuaalirikoksiin syyllistyneistä kahdeksan oli tuomittu lapsen seksuaalisesta hyväksikäytöstä. Muut oli tuomittu erilaisista raiskausrikoksista ja seksuaalisesta hyväksikäytöstä.

Ehdonalaisessa vapauden valvonnassa olleista 52 tuomitusta oli 22 tuomittu törkeästä lapsen seksuaalisesta hyväksikäytöstä, 11 raiskauksesta, seitsemän törkeästä raiskauksesta ja viisi lapsen seksuaalisesta hyväksikäytöstä.

Seksuaalirikoksista ehdollisen vankeusrangaistuksen oheisrangaistuksena valvontaan tuomittuja nuoria oli tarkasteluajankohtana 32. Heistä 22 oli syyllistynyt lapsen seksuaaliseen hyväksikäyttöön. Muut oli tuomittu erilaisista raiskausrikoksista.

¹⁰ Tämä pääteltiin rikoksen päivämäärästä ja laadusta, joten luvut ovat jossain määrin tulkinnanvaraisia. Varmuuden saaminen olisi kuitenkin työlästä ja edellyttäisi oikeudenkäyntipöytäkirjojen läpikäymistä.

Taulukko 10. Seksuaalirikoksista yhdyskuntaseuraamuksiin määrätty 5.6.2008

Rikos/Yhdyskuntaseuraamus	Yhdyskuntapalvelu	Ehdonalaisen vapauden valvonta	Ehdoll. vankeuden valvonta (nuoret)
Lapsen seksuaalinen hyväksikäyttö	8	5	22
Lapsen seksuaalisen hyväksikäytön yritys	1		
Pakottaminen seksuaaliseen tekoon	1	2	3
Pakottaminen sukupuoliyhteyteen		1	
Raiskauksen yritys	1	1	1
Raiskaus	3	11	4
Seksuaalinen hyväksikäyttö	2	2	
Törkeä lapsen seksuaalinen hyväksikäyttö		22	1
Törkeä raiskaus	1*	7	1
Yhteensä	17	52	32

* tuomittu ehdollisen vankeuden oheisseuraamuksena, rikos on tehty alle 18-vuotiaana

4. Seksuaalirikosten uusiminen

4.1. Yleistä

Seksuaalirikosten uusimisalttiutta on tutkittu melko paljon, mutta tutkimustulokset eivät anna ilmiöstä yhdenmukaista kuvaa. Tuloksiin vaikuttaa esimerkiksi se, että eri tutkimuksissa käytetään vaihtelevia rikoksen uusimisen kriteerejä. Joskus uusimiseksi katsotaan jo seksuaalirikoksesta saatu uusi syyte, mutta yleensä vasta tuomio. Joissakin ulkomaisissa tutkimuksissa on seurattu myös sosiaali- ja terveydenhuollossa esiin tulevia tapauksia seksuaalirikosten uusimista kartoitettaessa. Joissakin tutkimuksissa uusimiseksi on luokiteltu myös esimerkiksi väkivaltarikoksen tekeminen.

Oikeustilastoista ilmenevä uusiminen ei piilorikollisuuden suuren määrän vuoksi vastaa todellista tilannetta riippumatta siitä, mitä prosessin vaihetta pidetään seksuaalirikoksen uusimisen kannalta merkitseväenä. Tutkimustuloksiin vaikuttaa lisäksi se, että osa uusijoista jää ymmärrystä vailla olevina tuomitsematta ja sijoitetaan psykiatriseen hoitoon, jolloin he tavallisesti jäävät uusimistilastojen ulkopuolelle. Myös riittävän pitkä seuranta-aika on olennainen tutkittaessa seksuaalirikosten uusimista.

Tutkimustulokset näyttävät viittaavan siihen, ettei seksuaalirikoksia uusittaisi aivan niin yleisesti kuin esimerkiksi omaisuus- tai väkivaltarikoksia. Pitkän seuranta-ajan ja laajan otoksen vuoksi luotettavana pidettävän kanadalaisen tutkimuksen¹¹ mukaan keskimääräinen seksuaalirikoksen uusimiskäsi oli viiden vuoden seuranta-ajalla 14 prosenttia, 10 vuoden seuranta-ajalla noin 20 prosenttia, ja 15 vuodessa noin 24 prosenttia. Suurin osa seksuaalirikokseen syyllistyneistä ei tutkimuksen mukaan uusi tekoaan.

¹¹ Hanson & Harris 2004

Tutkimus koostui kymmenestä seksuaalirikoksen uusimista koskevasta seurantatutkimuksesta, joiden aineistoon kuului yhteensä 4 724 seksuaalirikoksesta tuomittua miestä. Mukana oli kanadalaisten lisäksi myös yhdysvaltalaisia ja brittiläisiä tutkimuksia.

Uusimisen todennäköisyys oli yhtä suuri riippumatta siitä, oliko rikosentekijä syyllistynyt raiskaukseen vai lapsen seksuaaliseen hyväksikäyttöön. Tässä käsiteltävän laajan metatutkimuksen pohjana olevissa suppeammassa tutkimuksissa on uusimisen mittarina käytetty vaihtelevasti joko syytettä seksuaalirikoksesta tai vasta seksuaalirikoksesta saatua tuomiota. Erityisesti Kanadassa on julkaistu useita vastaavia, laajaan aineistoon perustuvia seksuaalirikollisten seurantatutkimuksia.

Lapsiin kohdistuvien seksuaalirikosten uusimistutkimuksista on säännönmukaisesti saatu tulokseksi, että perheen ulkopuoliseen lapseen kohdistuvien tekojen uusiminen on yleisempää kuin perheenjäsenen kohdistuvien; lisäksi poikiin kohdistuvia seksuaalirikoksia uusia suuremmalla todennäköisyydellä kuin tyttöihin kohdistuvia tekoja. Rikosten uusimista tapahtuu eniten pian vankilasta vapautumisen jälkeen. Uusimisen riski on 50 vuotta täyttäneillä vankilasta vapautuvilla seksuaalirikollisilla selvästi pienempi kuin nuoremmilla. Nämä tulokset toistuivat myös Hansonin ja Harrisin tutkimuksessa.

Uusimisriskin arviointiin on viime aikoina kehitetty erilaisia mittareita. Tällaiset mittarit sisältävät usein tekijöitä, jotka ovat yhteydessä enemmänkin yleiseen rikoksen uusimisriskiin kuin pelkästään seksuaalirikoksen uusimiseen. Suomen vankeinhoidossa käytetään seksuaalirikoksesta tuomittujen uusimisriskin arvioinnissa Kanadassa kehitettyjä testejä, joilla selvitetään sekä pysyviä seksuaalirikollisen henkilöhistoriaan liittyviä riskitekijöitä että rikosten uusimiseen vaikuttavia muuttuvia tekijöitä.

4.2. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen selvitys

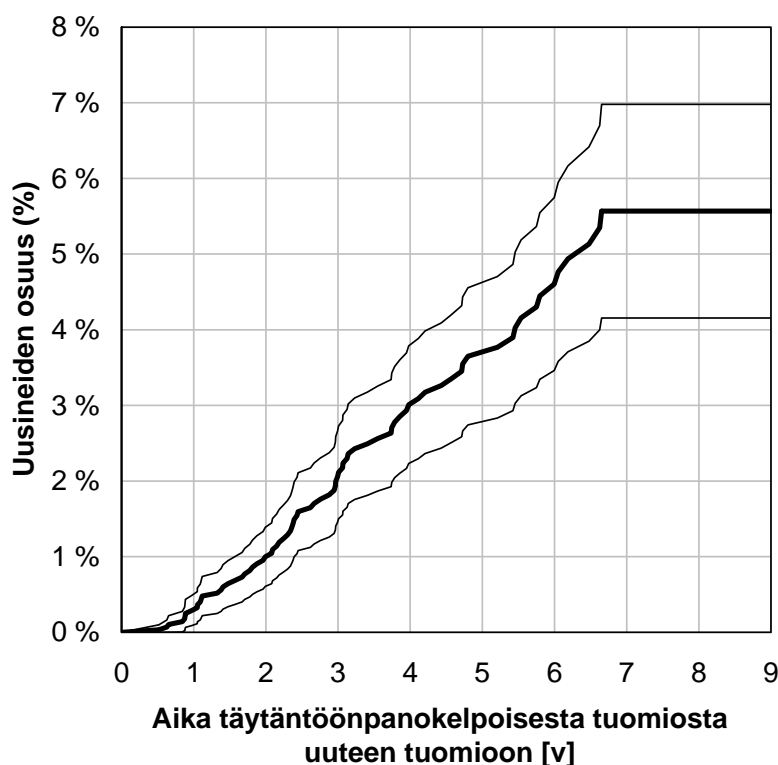
Oikeuspoliittisessa tutkimuslaitoksessa tehtiin syksyllä 2008 työryhmän pyynnöstä selvitys seksuaalirikosten uusimisesta Suomessa. Tulosten mukaan seksuaalirikosten uusiminen on selvästi harvinaisempaa kuin tavanomaisempien, esimerkiksi omaisuus- ja väkivaltarikosten uusiminen. Seksuaalirikoksesta tuomituista 4-5 prosenttia sai uuden seksuaalirikostuomion yhdeksän vuoden seuranta-ajan kuluessa. Pahoinpitelyissä, varkauksissa ja rattijuopumuksissa uusimisprosentti vaihtelee kuuden vuoden seurannassa 20-55 välillä.

Uusimista tarkasteltiin Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen rikosten ja seuraamusten tutkimusrekisterin avulla. Rekisteri muodostuu useasta osarekisteristä, jotka kuvaavat rikosprosessin eri vaiheita. Asioiden käsittelyä tuomioistuimissa koskevat diaaritiedot oli hankittu oikeusministeriön BO-tilastotietokannasta, ja tiedot tuomiolauselmista Oikeusrekisterikeskuksen ylläpitämästä tuomiolauselmajärjestelmän rikosasiainrekisteristä (TLP/RAR). Analyysissa olivat mukana seksuaalirikosten tuomiot vuosilta 1999—2007 (n=3 271). Seuranta-aika oli siten pisimmillään 9 vuotta. Tuloksissa olivat mukana ainoastaan henkilöt, joilla on suomalainen henkilötunnus.

Tutkimuksessa uusimisella tarkoitettiin, että henkilö oli täytäntöönpanokelpoisen käräjä- tai hovioikeustuomion (=viitetuomio) jälkeen syyksi lukevasti tuomittu viitetuomion jälkeen

tehdystä uudesta seksuaalirikoksesta. Tarkastelussa keskityttiin siis samankaltaisten rikoksen uusimiseen. Uusimiseen kulunut aika laskettiin viitetuomion päivämäärästä uuden alioikeustuomion antamispäivään. Tulosten kannalta tämä merkitsee, että aivan ensimmäisten kuukausien aikana ei juuri uusita — tämä on seurausta esitutkintaan, syyteharkintaan ja alioikeuskäsittelyyn kuluva ajasta. Myös ehdottoman vankeusrangaistuksen suorittaminen vaikutti tuloksiin: vankeusrangaistukseen tuomituilla ei tyypillisesti ole vankeusaikanaan yhtä suuria mahdollisuuksia uusien rikosten tekemiseen kuin yhdyskuntaseuraamuksia suorittavilla. Selvityksen seuranta-aika oli kuitenkin niin pitkä, että myös vakavammista rikoksista tuomitut (henkirikoksia lukuun ottamatta) ehtivät vapautua seuranta-ajan puitteissa.

Seuraavassa kuviossa 4 esitetään seksuaalirikoksen uusineiden osuus viitetuomiosta kuluneen ajan mukaan.



Kuvio 4. Seksuaalirikoksen uusineiden osuus tuomiosta kuluneen ajan mukaan 1999—2007 (95 %:n luottamusväli)

Kolmen vuoden kuluessa uuden tuomion oli saanut kaksi prosenttia tuomituista. Yhdeksän vuoden seuranta-aikana noin 5,6 % seksuaalirikollisista tuomittiin uudestaan seksuaalirikoksesta.

Uusimisriski ei tutkimuksessa muuttunut ajan kuluessa tuomiota seuraavina vuosina. Henkilö, jonka aikaisemmasta seksuaalirikostuomiosta on kulunut viisi vuotta, tuomitaan uudesta seksuaalirikoksesta seuraavan vuoden kuluessa yhtä todennäköisesti kuin henkilö,

jonka aikaisemmasta tuomiosta on vasta puoli vuotta. Ketään seuratuista henkilöistä ei kuitenkaan tuomittu uudesta seksuaalirikoksesta yli seitsemän vuoden kuluttua ensimmäisestä tuomiosta.

Tutkimuksessa olivat mukana myös sukupuolisiveellisyttä loukkaaviin kuviin liittyvät rikokset, joihin syyllistyneet uusivat rikoksen selvästi todennäköisemmin kuin muihin seksuaalirikoksiin syyllistyneet. Tulosten perusteella näyttää myös siltä, että tuomio sukupuolisiveellisyttä loukkaavaan kuvaan liittyvästä rikoksesta ennakoiti tuomiota muustakin seksuaalirikoksesta. Tämä yhteys vaatii kuitenkin vielä laajemmalla aineistolla tehtävää lisäselvitystä.

5. Seksuaalirikollisten hoitomahdollisuudet

5.1. Yleistä

Seksuaalirikollisille on kehitetty monia erilaisia hoitomuotoja, joiden tarkoituksena on ehkäistä rikosten uusimista. Hormonaalisia lääkkeitä ja rikoksentekijän käyttäytymisen muuttamiseen pyrkiviä psykologisia hoitomuotoja on käytetty eri maissa 1960-luvulta lähtien. Lääkehoidon mahdollisuuksia käsitellään tarkemmin seuraavassa jaksossa.

Työryhmän käyttämä käsite ”hoito” saatetaan ymmärtää niin, että rikoksentekijällä olisi jokin parannettavissa oleva ominaisuus. Useimmiten on kuitenkin kysymys käyttäytymisen ja ajattelumallien muuttamisesta, ei varsinaisesta hoidosta. Hoito on kuitenkin vakiintunut käsite, joka sopii tässä yhteydessä kuvaamaan myös erilaisia tuki- ja toimintaohjelmia.

5.2. Seksuaalirikollisten lääkkeettömät hoitomuodot

Seksuaalirikollisten terapioiden ja hoito-ohjelmissa käytetään erilaisiin teoreettisiin viitekehysiin perustuvia malleja, joita ovat muun muassa psykodynaaminen, kognitiivis-behavioraalinen ja ratkaisukeskeinen lähestymistapa. Erityyppisiä rikollisuuden yksilöpsykologiseen käsittelyyn perustuvia hoito-ohjelmia on kokeiltu varsinkin Euroopassa ja Pohjois-Amerikassa. Seksuaalirikollisen hoitoon tai valvontaan saattaa myös kuulua tavanomaista psykososiaalista tukea, jota ei voida määrittää mihinkään teoreettiseen malliin kuuluvaksi.

Käyttäytymisterapioissa eli kognitiivis-behavioraalisisessa mallissa haitalliseksi koetun käyttäytymisen lopettaminen tapahtuu ajattelun ja tunteiden merkitysten muuttamisen kautta. Kun käyttäytymiseen tai reaktioon vaikuttavat ajatukset ja tunteet oppii tunnistamaan, on mahdollista kyseenalaistaa totuttu käyttäytyminen tai reaktio. Kognitiivis-behavioraalinen malli pyrkii haitallisen toiminnan suoraan muutokseen. Esimerkiksi Suomen vankeinhoitossa käytettävä seksuaalirikollisten STOP-ohjelma perustuu tälle lähestymistavalle. Tarkoituksena on, että rikoksentekijä oppii näkemään yhteyden ajattelunsa ja vahingoittavan käyttäytymisensä välillä.

Kognitiivis-behavioraalisissa kuntoutusohjelmissa pyritään tunnistamaan rikosten tekemiseen liittyviä vääristyneitä ajattelutapoja, esimerkiksi seksuaalirikollisille tavallista teon kieltämistä ja vähättelyä. Ohjelmien tavoitteena on, että vääristyneistä ajatusmalleista luopuminen auttaisi rikoksenteikijää myös ymmärtämään seksuaalirikoksen vaikutukset uhriin. Mallin tausta-ajatuksen mukaan tilanne itse ei määrää ihmisen tunteita tai käyttäytymistä vaan pikemminkin se, miten hän tulkitsee kyseisen tilanteen.

Käyttäytymisterapeuttisissa ohjelmissa voidaan myös pyrkiä parantamaan rikoksenteikijän kykyä suuttumuksen hallintaan tai hänen sosiaalisia taitojaan, jos sellaisesta arvioidaan olevan hyötyä kuntoutuksessa. Ohjelmissa voidaan harjoitella nykyään myös ihmissuhdetaitoja ja parisuhteessa olemista. Esimerkiksi Ruotsin vankeinhoidossa käytettävässä ROS-ohjelmassa on tämälntyyppistä sisältöä.

Seksuaalirikollisten hoidossa on käytetty myös psykodynaamista terapiaa, jossa tarkastellaan nykyhetken oireita asiakkaan historian kautta. Terapian tausta-ajatuksen mukaan rikoksenteikijän lapsuuden ja nuoruuden kokemukset ovat voineet vaurioittaa hänen minäkuvaansa ja vinouttaa seksuaalikehitystä ja siten vaikeuttaa myöhempiä ihmissuhteita. Tavoitteena on lisääntyvän tietoisuuden ja asiayhteyksien tunnistamisen kautta luoda mahdollisuus muutokselle, mikä voi edistää ongelmallisiksi ja vahingollisiksi koettujen asioiden ratkaisemista.

5.3. Hoito-ohjelmien arviointia

Seksuaalirikollisille tarkoitettujen hoito-ohjelmien tehoa on jonkin verran tutkittu. Nykyään tutkimustulokset antavat aiheetta optimismiin hoidon vaikutusten suhteen, mutta tulokset ovat edelleen jossain määrin ristiriitaisia. Hyvät tulokset näyttävät perustuvan ennen kaikkea rikoksenteikijän henkilökohtaiseen soveltuvuuteen tiettyyn hoitomuotoon ja hoidon yksilölliseen suunnitteluun.

Erilaisten hoitomuotojen vertailu on osoittanut, ettei psykodynaamisesti suuntautuneen terapian hyödyistä seksuaalirikollisten hoidossa ole juuri lainkaan näyttöä ainakaan tilanteissa, joissa terapia on ollut ainoa hoitomuoto. Kognitiivis-behavioraalisten terapioiden hoitotulokset ovat sitä vastoin selvästi lupaavampia, ja suurin osa nykyään käytössä olevista seksuaalirikollisten hoito-ohjelmista perustuukin jollain tavoin juuri käyttäytymisterapeuttiseen ajatteluun. Tehokkaimmiksi osoittautuneilla käyttäytymisterapioilla pyritään kehittämään rikoksenteikijän tietoisuutta omasta toiminnastaan ja antamaan hänelle käytännön valmiuksia rikoksettomaan elämään.

Nykytietämyksen mukaan tehokkainta näyttää olevan hoito, jossa kiinnitetään huomiota sekä rikoksenteikijän menneisyyteen, nykyisyyteen että tulevaisuuteen. Menneisyydestä voidaan käsitellä esimerkiksi hyväksikäytetyksi tulemistä tai muuta rikoksenteikijää vahingoittanutta kohtelua, nykyisyydestä seksuaalirikoksiin syyllistymistä ylläpitäviä tekijöitä, ja tulevaisuutta ajatellen harjoitellaan esimerkiksi tunnistamaan rikosten tekemiseen liittyviä riskitilanteita. Hoidolla pyritään mahdollisuuksien mukaan vaikuttamaan kriminogeenisiin eli rikollisuutta aiheuttaviin tekijöihin.

Myös päihderiippuvuuksien hoitoon kehitetyt ns. retkahtamisten estämisen tekniikat ovat osoittautuneet käyttökelpoisiksi seksuaalirikollisten hoidossa. Yksilö- ja ryhmäterapian yhdistäminen rikoksenteelijän henkilökohtaisten tarpeiden mukaan on useissa tapauksissa hyvä ratkaisu. Jos hoito-ohjelmaa toteutetaan ryhmässä, on tärkeää koota ryhmä hoidon tavoitteiden kannalta oikein. Olennaista on valita seksuaalirikollisten hoito-ohjelmiin ne rikoksenteelijät, joille asianomainen hoitomuoto tutkimustiedon perusteella sopii ja joiden mukana olo ryhmässä on rikosten käsittelyn kannalta mielekästä.

5.4. STOP-ohjelma

Vuonna 1999 käynnistettiin Suomen vankeinhoidossa ensimmäinen seksuaalirikoksista tuomituille tarkoitettu muutos- ja kuntoutusohjelma, STOP. Ohjelmaa toteutetaan ryhmämuotoisena, ja se koostuu yhdeksän kuukauden aikana pidettävistä 170 istuntotunnista. Aluksi ohjelmaa toteutettiin Kuopion vankilassa, mutta toiminta siirrettiin kokonaisuudessaan Riihimäen vankilaan vuonna 2007. Osallistujat asuvat Riihimäen vankilassa nykyään omilla STOP-osastollaan, joita on kaksi.

STOP-ohjelmaan osallistuvat vangit työstävät seksuaalirikoksiin liittyviä uskomuksiaan ja ajatuksiaan, opettelevat uhrin kokemusten tiedostamista ja harjoittelevat rikoksettomaan elämään tarvittavia taitoja. Työskentelyn tavoitteena on, että seksuaalirikoksiin syyllistyneet saavat rikoksiin johtaneen ajattelunsa tietoiseen kontrolliin, motivoituvat muuttamaan käyttäytymistään ja oppivat elämään muita vahingoittamatta – siis pidättäytyvät uusista seksuaalirikoksista.

Vankeinhoidon STOP-ohjelmaan valitaan seksuaalirikoksista ehdottomaan vankeusrangais-
tukseen tuomittuja, joilla on kohonnut seksuaalirikoksen uusimisriski (yli 10 prosentin riski 10 vuoden sisällä vapautumisesta). Aluevankiloissa on STOP-yhdyshenkilöverkosto, jonka jäsenet on koulutettu tekemään seksuaalirikoksesta tuomitulle ns. staattisen eli pysyvän riskin arviointi. Apuna käytetään seksuaalirikollisen henkilöhistoriaan liittyviä pysyviä riskitekijöitä mittaavaa testiä. Arvioinnin perusteella yhdyshenkilöt ohjaavat vankeja STOP-ohjelmaan yhteistyössä sijoittajayksikön erityistyöntekijöiden kanssa. Osallistujien huolellinen valikointi on ohjelman onnistumisen kannalta erittäin tärkeää.

Ohjelmaan valitaan uusimisriskiltään vähintään keskitasoisiksi arvioituja vankeja. Kansainväliset tutkimukset ovat osoittaneet, että STOP-ohjelma vähentää juuri tämän kohderyhmän uusimisriskiä merkittävästi. Kohonneen uusimisriskin lisäksi valinnoissa kiinnitetään huomiota siihen, että kussakin ryhmässä on sekä lasten seksuaalisesta hyväksikäytöstä että raiskauksesta tuomittuja vankeja. Erilaisista rikoksista tuomitut haastavat toistensa rikoksiin liittynyttä ajattelua, mikä edistää ohjelman tavoitteita. Yhteen STOP-ryhmään osallistuu kerralla 7-8 seksuaalirikoksiin syyllistynyttä vankia sekä kaksi ohjaajaa.

STOP-ohjelma perustuu kognitiivis-behavioraaliseen malliin jonka mukaan muuttamalla rikolliseen käyttäytymiseen liittyvää ajatteluaan henkilö voi muuttaa rikollista käyttäytymistään. STOP-ohjelma on vahvasti jäsennetty menetelmä, jossa ryhmäistuntojen järjestys, aihealueet ja aikataulu on etukäteen määritelty. STOP-ohjaajat puolestaan huolehtivat siitä, että ryhmän työskentely on rikoksettomuutta edistävää. Lisäksi ohjaajat toimivat jatkuvasti malleina sosiaalisesta, toisia kunnioittavasta ajattelusta ja käyttäytymisestä. Ryhmäläisten

tehtävänä on tuottaa istuntojen sisältö kertomalla seksuaalirikoksiin liittyvästä ajattelustaan ja ennen kaikkea työstää tuota ajatteluaan niin, että seksuaalirikosten uusimisriski vähenee.

Käytännössä STOP-työskentely on intensiivistä omiin seksuaalirikoksiin liittyvän ajattelun tiedostamista, uudelleen arviointia ja muuttamista toisten ihmisten avulla. Ryhmäläiset pohivat mm. omaa vastuutaan rikoksista, rikosten suunnitelmallisuutta ja niiden seurauksia, uhrin asemaa sekä rikoksiin johtaneelle ajattelulle vaihtoehtoisia ajattelu- ja käyttäytymismalleja.

STOP-ohjelman aluksi keskustellaan seksuaalisuuteen ja seksuaalirikoksiin liittyvistä uskomuksista. Ohjaajat haastavat jokaista ryhmäläistä pohtimaan, miten käsiteltävät uskomukset ovat mahdollisesti palvelleet heitä seksuaalirikoksen oikeuttamisessa.

Ohjelman edetessä jokainen ryhmäläinen kertoo tekemistään seksuaalirikoksista. Rikoksia käsitellään yhteisesti, keskittyen rikoksiin johtaneeseen ajatteluun. Tässä vaiheessa kunkin ryhmäläisen rikoksiin liittyvien ajattelutapojen uudelleenarviointi ja uusien, ”rikoksettomiin” ajattelutapojen omaksuminen alkaa tarkentua ja yksilöityä. Kun ryhmäläinen kertoo seksuaalirikostaan edeltävästä ajattelustaan, hän saa STOP-ohjaajilta ja muilta ryhmän jäseniltä kysymyksiä muun muassa siitä, millaisia toistuvia – ajattelun ja toiminnan - kaavoja hänellä on liittyen seksuaalirikostensa tekemiseen.

Ohjelman loppupuolen istunnoissa keskitytään erityisesti rikoksettomuutta tukevien ajattelu- ja käyttäytymismallien harjoitteluun ja vahvistamiseen. Tässä työskentelyvaiheessa rohkeava ja myönteistä palautetta antava työskentely on erityisen tärkeää.

STOP-ohjelmaan on sen toteuttamisaikana hakenut 201 vankia.¹² Ohjelman on käynyt läpi 149 vankia, joista 129 on ehtinyt vapautua. Heistä neljä on saanut uuden tuomion seksuaalirikoksesta. Kaksi vapautuneista on kuollut. Yhteensä kolme vankia on palannut vankilaan muista rikoksista. Ohjelman on keskeyttänyt 12 vankia. Kuusi vankia on käynyt kurssin kaksi kertaa muun muassa suuren uusimisriskin tai pitkän vankeusajan vuoksi.

STOP-ohjelman tähänastisia tuloksia voidaan pitää lupaavina. Ohjelmasta saadut tulokset ovat kuitenkin vasta suuntaa antavia, sillä tieteellisesti pätevää vaikuttavuustutkimusta ohjelmasta ei vielä ole. Tulosten seuranta-aika on pisimmilläänkin ollut vielä melko lyhyt, ohjelman käyneiden vankien lukumäärä suhteellisen pieni ja uuden tuomion käyttäminen on uusimisen mittarina karkea. On myös muistettava, että STOP-ohjelmaan osallistuvat vangit ovat jo ennen ohjelman suorittamista muita motivoituneempia muuttamaan käyttäytymistään, mikä voi osaltaan vähentää rikosten uusimista.

¹² Tilanne tammikuussa 2009

6. Seksuaalirikollisten lääkehoito

Tämän jakson teksti perustuu pääosin oikeustieteen kandidaatti Mirja Salosen pro gradu -tutkielmaan "Lasten seksuaalisille hyväksikäyttäjille suunnatut hoito- ja toimintamuodot".

Seksuaalirikosten uusimista on pyritty estämään miessukupuolihormoneihin vaikuttavalla lääkityksellä 1960-luvulta alkaen. Lääkityksen vaikutusmekanismi perustuu testosteronin ja sukupuolisen halun väliseen yhteyteen: testosteronin määrää veressä voidaan hormonihoi-dolla laskea ja näin hillitä seksuaalirikollisen tarvetta jatkaa käyttäytymistään.

Kanadassa sekä Euroopan maista ainakin Tanskassa, Itävallassa ja Sveitsissä on seksuaali-rikollisten uusimisriskin alentamiseen käytetty lääkehoitoa jo pitkään. Käytettynä lääkeai-neena on lähinnä ollut syproteroniasetaatti (jatkossa CPA, *cyproterone acetate*), joka vä-hentää verenkierrossa olevaa testosteronin määrää. CPA:n ohella ainakin Tanskassa on käy-tetty lisäksi leuprolidia, joka myös alentaa elimistön testosteronipitoisuutta. Leuprolidin lisäksi samaan lääkeaineryhmään kuuluu muun muassa triptoreliini, jota on myös testattu seksuaalirikollisilla. Triptoreliini on osoittautunut toimivaksi joillakin sellaisilla seksuaali-rikollisilla, jotka eivät ole aiemmin reagoineet CPA-lääkehoitoon.

Sekä leuprolidia että syproteroniasetaattia käytetään tavallisesti lääkteinä eturauhassyövän hoidossa. Molempia on saatavilla injektio muodossa, jolloin hoidon toteuttamista voidaan valvoa paremmin kuin jos rikoksenteikijä ottaisi lääkkeitä itse suun kautta. Esimerkiksi Tanskassa lääkehoitoa saaville seksuaalirikollisille annetaan CPA-injektio kahden viikon välein ja leuprolidi-injektio kolmen kuukauden välein.

Seksuaalirikollisten lääkehoitoon sisältyy myös riskejä. CPA-lääkehoitoon liitettyjä haital-lisia sivuvaikutuksia ovat muun muassa rintojen kasvu, painon nousu sekä maksavauriot. Vaikka Euroopassa ja Kanadassa CPA:ta on käytetty jo pitkään, esimerkiksi Yhdysvallois-sa sitä ei käytetä johtuen lääkkeen mahdollisista pitkäaikaisista vaikutuksista maksan toi-mintaan. Sellaisilla henkilöillä, joilla lisääntynyt seksuaalinen aktiivisuus on seurausta eli-mellisistä syistä, kuten esimerkiksi kasvaimen tai dementian aiheuttamista muutoksista ai-vojen toiminnassa, ei CPA:lla välttämättä saavuteta aktiviteetin vähenemistä. Joillakin skit-sofreniapotilailla lääkehoito on jopa pahentanut tilannetta.

Sekä CPA että leuprolidi saattavat molemmat aiheuttaa luun tiheyden vähenemistä, mistä syystä lääkehoitoon tulisi yhdistää jatkuva terveydentilan tarkkailu, esimerkiksi ottamalla hoitoon osallistuvilta säännöllisin väliajoin verikoe ja tutkimalla siitä muun muassa maksa-arvot ja veren kalsiumpitoisuus. Huomion arvoista on, että leuprolidi nostaa aluksi testoste-ronitasoa kehossa, minkä vuoksi hoitoa aloitettaessa on käytettävä lisäksi jotakin lää-keainetta tasoittamaan tätä alkuvaiheen testosteronitason nousua.

Yhdysvalloissa seksuaalirikollisten uusimisriskin vähentämiseen on käytetty medroksipro-gesteroniasetaattia eli keltarauhashormonia (MPA), jolla myös on veren testosteronitasoa alentava vaikutus. Keltarauhashormonia käytetään tavallisesti raskauden ehkäisyyn ja rin-tasyövän hoitoon. Seksuaalirikollisten hoidossa mahdollisia sivuvaikutuksia ovat muun muassa painon nousu, diabetes, rintojen kasvu ja laskimotukokset. Monet tutkijat ovat pitä-

neet CPA:ta keltarauhashormonia parempana vaihtoehtona sen vähäisempien sivuvaikutusten vuoksi.

Hormonaalisten lääkehoitojen lisäksi seksuaalirikollisten uusimisriskiin on pyritty vaikuttamaan selektiivisillä serotoniinin takaisinoton estäjillä (jatkossa SSRI, *selective serotonin reuptake inhibitors*), joita tavallisesti käytetään muun muassa masennuksen ja pakko-oireisen häiriön hoitoon. Vaikuttavan mekanismin pakonomaisen seksuaalisen ajattelun tai käyttäytymisen vähentymiseen arvellaan olevan sama, joka toimii pakko-oireisen häiriön hoidossa. SSRI-lääkityksen vaikutusta pakonomaiseen seksuaaliseen käyttäytymiseen on toistaiseksi tutkittu melko vähän, mutta saadut tulokset ovat olleet pääosin lupaavia.

SSRI-lääkkeiden huonona puolena seksuaalirikollisten uusimisriskin vähentämisessä on se, että niitä on saatavilla ainoastaan suun kautta otettavassa muodossa. Tällöin lääkkeen ottaminen jää lääkittävän itsensä vastuulle. Päivittäisen lääkityksen valvomisen järjestäminen vankilan tai muun laitoksen ulkopuolella olisi todennäköisesti kallista ja myös vaikeaa toteuttaa käytännössä. Pitkävaikutteisien SSRI-valmisteista saattaa kuitenkin olla tehokas jopa kahdesti viikossa otettuna, jos kerta-annos on riittävän suuri. Näiden lääkkeiden pitoisuus veressä voidaan tarkistaa verikokein. Myönteisenä puolena voidaan pitää sitä, että SSRI-lääkkeitä voivat käyttää myös seksuaalirikoksiin syyllistyneet naiset, ja lisäksi sivuvaikutukset ovat tavallisesti lievempiä kuin hormonaalisilla lääkkeillä. Myös erilaiset yhdistelmähoidot ovat mahdollisia, esimerkiksi leuprolidin ja SSRI-ryhmään kuuluvan lääkeaineen yhdistelmää pidetään nykyään lupaavana seksuaalirikollisten hoitomuotona.

Seksuaalirikollisten hoidossa on 2000-luvulla melko hyvin tuloksin kokeiltu myös naltreksonia, jota yleisemmin käytetään alkoholismin ja muiden riippuvuuksien hoidossa. Niillä potilailla, joilla alkoholin estoja vähentävä vaikutus säännönmukaisesti liittyy rikosten tekemiseen, tulee myös kysymykseen hoito disulfiraamalla eli Antabuksella. Yleensä Antabus estää tehokkaasti alkoholin käytön, ja annostus kahdesti viikossa on riittävä.

Suomessa ei ole lainsäädäntöä, joka mahdollistaisi seksuaalirikollisten velvoitteellisen lääkehoidon. Vapaaehtoinen lääkehoito on kuitenkin myös meillä mahdollista, joskin se on käytännössä ollut erittäin harvinaista. Ainoastaan muutama seksuaalirikoksesta tuomittu vanki on vapauduttuaan toivonut lääkehoitoa. Tällöin käytetty lääkeaine on ollut CPA. Vuonna 2007 myönnettiin Suomessa myyntilupa uudelle pakonomaisen seksuaalisen käyttäytymisen hoitoon tarkoitetulle lääkkeelle, jonka vaikuttava aine on yllä mainittu triptoreliini. Lääkettä ei ole ilmeisesti vielä käytetty seksuaalirikollisilla Suomessa.

7. Seksuaalirikollisten hoito eräissä Euroopan maissa

Seksuaalirikollisten hoitoa on selvitetty maissa, jotka oikeusjärjestelmältään ja yhteiskunnallisilta oloiltaan ovat mahdollisimman hyvin Suomeen rinnastettavia. Seksuaalirikollisten lääkkeellistä pakkohoitoa ei yhdessäkään vertailumaassa ole; toisaalta seksuaalirikoksiin syyllistyneille pyritään entistä aktiivisemmin tarjoamaan erilaisia hoitomahdollisuuksia, ja erityisesti lääkehoidon mahdollisuudet ovat alkaneet herättää uutta kiinnostusta.

7.1. Seksuaalirikollisten hoito ja kuntoutus Ruotsin vankeinhoidossa

7.1.1. Seksuaalirikoksista tuomittavat seuraamukset Ruotsissa

Ruotsin rikosoikeudellisessa seuraamusjärjestelmässä on hyvin laaja kirjo erilaisia rikoksista määrättäviä seuraamuksia ja niiden yhdistelmiä. Tuomioistuin voi määrätä sakkorangaistuksen, vankeutta, ehdollista vankeutta, suojeluvalvontaa tai suljettua nuorisohoitoa. Se voi myös määrätä rikoksenteikijän oikeuspsykiatriseen tai päihteiden väärinkäyttäjille tarkoitettuun hoitoon. Lisäksi on olemassa suojeluvalvontaan yhdistetty sopimushoitomahdollisuus. Ehdolliseen rangaistukseen ja suojeluvalvontaan voidaan myös liittää yhdyskuntapalvelua.

Osa tuomituista lyhyistä vankeusrangaistuksista suoritetaan teknisen valvonnan alaisena vapaudessa. Kriminaalihuollon viranomaiset päättävät vankeuden muuntamisesta valvonaksi, jos laissa säädetty valvontarangaistuksen edellytykset täyttyvät.

Vuonna 2006 Ruotsissa sopimushoidon aloitti kahdeksan seksuaalirikoksesta päär rikoksena tuomittua henkilöä. Suojeluvalvontaan määrättiin 88 seksuaalirikollista. Valvontarangaistuksia aloitettiin 61. Yhdyskuntapalvelua suoritti samana vuonna 18 seksuaalirikollista. Tiedoista ei ilmene, minkälaisista seksuaalirikoksista on ollut kysymys.

Ruotsissa tuomioistuin voi määrätä vakavasta mielenterveyden häiriöstä kärsivän rikoksenteikijän oikeuspsykiatriseen hoitoon (*brottsbalken* 31 luvun 3 § sekä *lag om rättspsykiatrisk vård*). Edellytyksenä on, että laitoshoidoa pidetään rikoksenteikijän psyykkinen tila ja henkilökohtaiset olosuhteet huomioon ottaen perusteltuna. Pykälässä tarkoitetun laitoshoidon aikana tuomittu on potilaana jossakin psykiatrian hoitoyksikössä, ja hoitoon voi vapaudenmenetyksen lisäksi liittyä muutakin pakkoa. Oikeuspsykiatriseen hoitoon ei voida määrätä, jos rikoksenteikijä on syyllistynyt vain tekoihin, joista sakkorangaistus katsotaan riittäväksi seuraamukseksi. Tuomioistuin voi yhdistää hoitomääräykseen muitakin seuraamuksia, ei kuitenkaan vankeutta eikä määräystä muuhun erityiseen hoitoon esimerkiksi päihderiippuvuuden nojalla. Seuraamusten yhdistämisen tulee olla perusteltua rikoksenteikijän aikaisemman rikollisuuden vuoksi tai muusta erityisestä syystä.

Ruotsissa on alettu pitää ongelmallisena järjestelmää, jossa hoidon ja rangaistuksen välinen raja on epäselvä. Hallitus käynnisti heinäkuussa 2008 säädösvalmistelun oikeuspsykiatrisen hoitomääräyksen poistamiseksi seuraamusjärjestelmästä. Asiaa koskevan lakiehdotuksen on tarkoitus olla valmis viimeistään kesäkuussa 2010. Vaikeasta mielenterveyden häiriöstä

tai vastaavasta tilasta kärsiviä rikoksentekejiä ei uudistuksen toteuduttua voitaisi tuomita rangaistukseen lainkaan, syyntakeisiksi katsottavat vakaviin väkivaltarikoksiin syyllistyneet tuomittaisiin vankeuteen. Samassa yhteydessä psykiatrisen pakkohoidon määrääminen tehtäisiin nykyistä helpommaksi. Rangaistuksen pituuden tulee määräytyä tehdyn rikoksen, ei rikoksentekejän hoidon tarpeen perusteella.

Heinäkuun alussa 2008 tuli voimaan psyykkisistä häiriöistä kärsivien rikoksentekejiä seuraamuksia koskeva osittaisuudistus, jossa tehtiin mahdolliseksi vankeusrangaistuksen tuomitseminen myös vaikeasta mielenterveyden häiriöstä kärsivälle rikoksentekejälle. Vankeuden tuomitseminen mielenterveydeltään vakavasti häiriintyneelle oli aiemmin kokonaan kielletty, mutta uudistuksen jälkeen se on erityisistä syistä mahdollista. Vankeutta ei kuitenkaan voida tuomita rikoksentekejälle, jolta on mielenterveyden häiriön vuoksi täysin puuttunut kyky arvioida tekonsa merkitys. Samassa yhteydessä 1.7.2008 otettiin Ruotsissa uutena psykiatrisen hoidon muotona käyttöön pakkoa sisältävä avohoito.

7.1.2. Seksuaalirikollisten hoitomuodot Ruotsissa

Seksuaalirikoksia koskeva problematiikka on ollut 1990-luvulla suuren Ruotsissa yhteiskunnallisen kiinnostuksen kohteena. Tästä aiheutui, että myös vankeinhoidon viranomaisia vaadittiin lisäämään seksuaalirikoksista tuomituille tarkoitettuja hoitomuotoja. Keskusvirasto (*Kriminalvårdsstyrelse*) julkaisi asiasta kirjelmän¹³, joka sisältää seksuaalirikollisia koskevan kuntoutuksen ja hoidon päälinjaukset.

Ruotsin vankeinhoidossa ei ole laissa määriteltyjä rajoituksia tai mahdollisuuksia lääkehoidon (antihormonaalinen tai muu farmakologinen hoito) määräämiselle. Säännöksiä ei ole myöskään siitä, miten hoito tulisi toteuttaa. Hoidon aloittaminen on täysin vangin oman kiinnostuksen varassa. Lisäksi vaaditaan, että on olemassa lääkäri, jolla on osaamista lääkehoidon antamisessa, ja että vanki on halukas noudattamaan hoitoa vapautumisensa jälkeen.

Seksuaalirikollisten toimintaohjelmia ohjaa Ruotsin vankeinhoidossa kolme perustavoitetta:

1. Uusintarikollisuuden vähentäminen tiedottamalla, vaikuttamalla ja motivoimalla vankia hoitoon, joka määritellään hänen yksilöllisiin tarpeisiinsa perustuen. Tavoitteena ei ole "parantaa vankia" vaan pikemminkin lisätä vangin kykyä hallita omaa käyttäytymistään keskittymällä erityisesti niihin tekijöihin, jotka lisäävät uusimisriskiä.
2. Vankeusajan haitallisten vaikutusten vähentäminen. Toimintaohjelmia toteutetaan erityisissä vankilayksiköissä. Tämä johtuu siitä, että seksuaalirikolliset joutuvat muuten vankilassa toisten vankien painostamiksi.
3. Seksuaalirikollisuuteen liittyvän osaamisen, tiedon ja ymmärryksen lisääminen. Seksuaalirikollinen joutuu itse selostamaan käyttäytymistään ja niitä olosuhteita, jotka ovat johtaneet rikokseen. Tällä tavoin lisätään tietoa seksuaalirikoksista.

¹³ Kriminalvårdsstyrelse 2005

Toiminta- ja hoito-ohjelmia toteutetaan erityisissä laitoksissa ja tähän toimintaan varatuilla erityisresursseilla. Tärkein hoitomuoto on psykoterapia, johon kuuluvat psykoanalyttisesti painottuneet hoitomenetelmät, käyttäytymisterapia ja muu kognitiivinen terapia. Myös lääkehoito voi tulla kysymykseen. Hoito- ja kuntoutusohjelmien arviointia suoritetaan jatkuvasti.

Kriminalvårdenin julkaisussa¹⁴ kuvataan tarkemmin käytössä olevia ohjelmia. Perusvaatimuksena ohjelmille on, että ohjelma on strukturoitu, ajallisesti jaksotettu ja seurantakelpoinen. Kohderyhmän tulee olla tarkasti määritelty ja rajattu ja toimenpiteiden tulee pohjautua yksittäisen vangin rikoksen erityispiirteisiin. Tavoitteena on antaa vangeille uudenlaista tietoa, tietämystä ja uudenlaisia käytösmalleja, joilla uusintarikollisuutta voidaan vähentää.

Ohjelmatoiminnan tulee täyttää ohjelmille asetetut tarkat laatukriteerit. Vangin osallistuminen tulee muovata yksilöllisesti ja sen tulee perustua hänen kriminogeenisiin tarpeisiinsa, rikoksen erityislaatuun ja uusimisriskiin.

Ruotsin vankeinhoidossa on kolmentyyppisiä ohjelmia seksuaalirikollisille.

1. Informaatio-ohjelma. Ohjelman tarkoituksena on antaa uutta tietoa vangille. Ohjelma on pakollinen ja sen tulee sisältyä rangaistuksen toimeenpanosuunnitelmaan. Tavoitteena on, että kaikki seksuaalirikoksista tuomitut suorittavat informaatio-ohjelman. Ohjelmassa annetaan tietoa lainsäädännöstä, yhteiskunnan asennoitumisesta seksuaalirikoksiin sekä vankiloiden ohjelmatarjonnasta ja mahdollisuuksista psykoterapeuttiseen hoitoon. Tarkoituksena on, että tiedotus olisi neutraalia siten, että vältetään seksuaalirikollisen puolustusmekanismien vahvistuminen. Henkilökunnalta edellytetään tietoja yleisestä ja kliinisestä seksologiasta ja keskustelumetodiikasta.

2. Motivointiohjelmat. Ohjelmien tavoitteena on lisätä vangin tietämystä. Motivointiohjelma on pakollinen ja sen tulee sisältyä vangin toimeenpanosuunnitelmaan. Tavoitteena on, motivointiohjelma saavuttaisi kaikki seksuaalirikoksista tuomitut vangit. Ohjelmassa annetaan tietoa seksuaalisuudesta, sukupuolirooleista, ihmisen psykoseksuaalisesta kehityksestä, seksuaalisuudesta ja huumeista, seksuaalisuudesta ja väkivallasta, seksuaalisuudesta eri kulttuureissa, psykoterapeuttisesta hoidosta sekä lääkehoidosta. Ohjelmalla pyritään motivoimaan vankia hoitoon, esimerkiksi psykoterapiaan. Henkilökunnalta vaaditaan seksologian jatko-opintoja sekä koulutusta aikuispedagogiikasta.

3. Hoito- ja toimintaohjelmat. Hoito- ja toimintaohjelmien tarkoituksena on saada aikaan muutos vangissa. Kaikille seksuaalirikollisille on tarjottava hoitoa. Erityisenä kohderyhmänä ovat ensikertaiset vangit. Osallistuminen ohjelmaan on vapaaehtoista. Hoidon pitää perustua vakiintuneeseen ja teoriapohjaiseen menetelmään. Hoidon tavoitteena on keskittyä niihin tilanteisiin ja tekijöihin, jotka ovat uusimisen riskitekijöitä. Vankia autetaan kantamaan vastuuta omasta seksuaalisesta käyttäytymisestään ja muista rikollisuuteen liittyvistä ongelmista. Tavoitteena on myös oppia luomaan toimivia, muuhun kuin riistoon perustuvia ihmissuhteita sekä vahvistaa vangin itsetuntoa. Hoitoa antaa psykologi, psykoterapeutti tai lääkäri, jolla on psykoterapiakoulutus.

¹⁴ Kriminalvård 1998.

Ohjelmana käytetään "*Relation och samlevnad*" eli ROS-nimistä kognitiivista ohjelmaa, joka on myös psykodynaaminen ja käyttäytymisterapeuttinen. Ohjelma on otettu käyttöön 2002. ROS perustuu Kanadassa käytössä olevaan ohjelmaan, mutta se on sovitettu ruotsalaisiin olosuhteisiin.

ROS on tarkoitettu kaikentyypisiin seksuaalirikoksiin syyllistyneille miehille. Ohjelmaa toteutetaan sekä ryhmäistunnoin että yksilöllisesti.

Ohjelma rakentuu viiteen tekijään, jotka tutkimustiedon perusteella ovat seksuaalisen väkivallan riskitekijöitä:

- totuuden vääristely, jolla rikoksentekijä tekee itselleen helpommaksi hyväksyä rikollinen käyttäytymisensä
- heikot ihmissuhteet ja sosiaaliset kyvyt
- puutteellinen empatiakyky ja puutteellinen "uhritietoisuus"
- tunteiden käsittelyn ongelmat
- poikkeavat seksuaaliset fantasiat ja poikkeava kiihottuminen

Ohjelma kestää kahdeksan viikkoa ja käsittää 108 tuntia. Ohjelman toimeenpanosta vastaa kaksi vankeinhoidon henkilöstöön kuuluvaa työntekijää, joista toinen on psykologi tai psykoterapeutti. Vuonna 2007 ROS-ohjelman suoritti 66 vankia ja vuonna 2006 yhteensä 59 vankia.

Ohjelmaa voidaan täydentää "*Risker, analyser och strategier*"-osiolla. Tässä jaksossa kohteena on ROS-ohjelmaa vahvemmin yksittäinen rikoksentekijä, joka joutuu tekemään riskianalyysin itsestään, kirjoittamaan elämäkertansa ja tekemään itselleen vapauttamissuunnitelman. Tämä osuus voidaan suorittaa myös ehdonalaisessa vapaudessa.

Seksuaalirikoksista tuomittujen määrä on viime vuosina Ruotsissa noussut huomattavasti. Kun 2000-luvun alussa tuomioita oli 670-730 vuosittain, vuosina 2005-2006 tuomittuja on ollut noin 1 000. Ruotsissa onkin viime aikoina käyty varsin vilkasta keskustelua lääkehoidon mahdollisuuksista, ja asiasta on myös tehty aloite eduskunnalle.¹⁵ Ruotsin vankeinhoidon keskusviraston kannan mukaan¹⁶ kemiallinen kastratio yksinomaisten hoitomuotona ei toimi, koska tällöin hoidetaan tai hillitään ainoastaan oireita. Seksuaalirikollisille tulee antaa psykologista tai psykoterapeuttista hoitoa, jolla voidaan vaikuttaa rikollisuuden taustalla oleviin dynaamisiin, rikollisuutta ylläpitäviin riskitekijöihin.

Seksuaalirikoksista käyty vilkas keskustelu on johtanut joihinkin tarkennuksiin vankeinhoidon lainsäädännössä. Esimerkiksi omaisuuden hallussapitoa koskevia säännöksiä on täsmennetty siten, että hallussapitoa voidaan rajoittaa, jos siitä on kielteisiä vaikutuksia ohjelmien toimeenpanolle. Seksuaalirikoksesta tuomittua vankia voidaan nykyään esimerkiksi kieltää pitämästä hallussaan pornografista kirjallisuutta.

¹⁵ Motion 2007/08:JU369

¹⁶ Kwarnmark

7.1.3. Seksuaalirikollisten hoito vankilan ulkopuolella

Karoliinisessa yliopistosairaalassa Huddingessa avattiin huhtikuussa 2006 seksuaalilääketieteellinen keskus. Lääkärikeskus on tarkoitettu henkilöille, joilla on ongelmia seksuaalisen toimintakykynsä kanssa. Vastaanotto on tarkoitettu tämän lisäksi henkilöille, joilla on pakonomaista seksuaalista riippuvuutta ja erilaisia seksuaalisia poikkeavuuksia sekä henkilöille, joilla on riski syyllistyä seksuaalirikoksiin tai jotka ovat jo syyllistyneet seksuaalirikoksiin. Keskuksessa on useita erikoislääkäreitä, psykologeja, psykoterapeutteja, kuraattoreita ja sairaanhoitajia. Hoitoon voi hakeutua itse tai lääkärin läheteellä.

Keskuksen toiminnan tavoitteena on ennaltaehkäistä seksuaalista väkivaltaa, ja se tekee yhteistyötä muun muassa sosiaaliviranomaisten ja vankeinhoidon kanssa. Klinikka toimii myös koko Ruotsia palvelevana seksuaalis-lääketieteellisenä osaamiskeskuksena. Tarkoituksena on koota tieteellistä tutkimusta erilaisista hoitomuodoista ja niiden vaikuttavuudesta. Klinikalla annetaan esimerkiksi pedofiileille pitkäaikaista psykoterapiaa, johon voidaan yhdistää myös lääkehoito. Heitä ei katsota voitavan "parantaa", mutta riskejä voidaan vähentää huomattavasti opettamalla välttämään tilanteita, joissa he joutuvat tekemisiin lasten kanssa. Olennaista on myös, että pedofiili itse ymmärtää ajattelunsa virheellisyyden.¹⁷

7.2. Seksuaalirikollisten kuntoutus ja lääkehoito Norjassa

7.2.1. Yleistä

Norjassa seksuaalirikollisten hoidon perustana ovat lääkkeettömät keskusteluterapiat. Hormonihoitoa on käytetty hyvin vähän, ja suhtautuminen siihen on ollut ristiriitaista.

Vapaaehtoisen hormonihoitoon yhdistämistä kognitiiviseen terapiaan seksuaalirikollisten hoidossa on kuitenkin vuodesta 2004 alkaen kokeiltu Trondheimin vankilassa. Tällaisen yhdistelmähoidon tuloksia kuvataan vuonna 2006 julkaistussa artikkelissa *Behandling av seksuelle overgri pere med leuprorelin*.¹⁸ Lääkehoitoa kokeillut ryhmä ei ollut suuri: artikkelissa käsiteltävän hormonihoitoon oli aloittanut viisi vankia, joista kolme oli suorittanut ohjelman loppuun. Kaikki osallistujat suorittivat pitkiä tuomioita seksuaalirikoksista.

Hormonihoitoon kokeilu perustuu Norjan sosiaali- ja terveysministeriön asettaman komitean jo vuonna 1996 tekemään ehdotukseen, jonka mukaan seksuaalirikollisten strukturoituja oppimisterapeutteja hoito-ohjelmia vankiloissa tulisi lisätä. Komitea esitti myös, että vakaviin seksuaalirikoksiin syyllistyneille tarjottaisiin mahdollisuus vapaaehtoiseen hormonihoitoon, jonka tarkoituksena olisi vähentää seksuaalista halukkuutta. Ehdotuksen mukaan hoito järjestettäisiin tiiviissä yhteistyössä sisätautilääkärin, psykoterapeutin ja vankia

¹⁷ Stefan Arver

¹⁸ Tidsskr Nor Lægeforen 2006

hoitavan lääkärin kesken. Mietinnössä painotetaan, ettei hormonihoito saa muodostua yhdeksi rangaistuksen osaksi.

7.2.2. Trondheimin ohjelma

Trondheimissa käytetty hoito-ohjelma on kaksiosainen. Kumpaankin jaksoon sisältyy 100 tuntia ryhmätapaamisia ja kumpikin jakso kestää noin kahdeksan kuukautta. Toteutuksessa ovat mukana kliinisen psykologian asiantuntija ja pakkohoidon asiantuntija Brøsetin sairaalaosastosta sekä Trondheimin vankilan virkamies. Brøset on vaarallisten mielenterveyspotilaiden hoitoon ja oikeuspsykiatriaan erikoistunut osaamiskeskus, joka tuottaa myös psykiatrisia palveluja oikeuslaitokselle ja vankiloille.

Ohjelman ensimmäinen osa perustuu englantilaiseen kognitiivisen terapian ohjelmaan (*Sex Offender Treatment Programme, SOTP*), joka on ollut käytössä Norjassa Bergenin vankilassa vuodesta 1998. Vapaaehtoinen hormonihoito voidaan yhdistää hoito-ohjelman toiseen jaksoon. Terapian ja lääkityksen yhdistämisellä pyritään varmistamaan se, että ohjelmalla päästään vaikuttamaan myös rikollisen käyttäytymisen syihin, ei vain oireisiin. Lääkitys ainoana hoitomuotona merkitsisi vain oireisiin puuttumista. Trondheimissa käytetään tiivistettyjä versioita Englannin SOTP-ohjelmasta.

Hoidon lääketieteellinen seuranta on tiivistä. Hoitojakson alussa ja sen aikana mitataan muun muassa vankien hormonitasoja verinäytteistä. Ohjelmaan osallistuneiden vankien testosteronitasot laskivat kolmen kuukauden aikana normaaliarvoista kastrotiota vastaavalle tasolle.

Jokaisella vuoteen 2006 mennessä ohjelman läpi käyneellä vangilla oli useita psykiatrisia diagnooseja, esimerkiksi pedofilian lisäksi jokin persoonallisuushäiriö. Hoidon tuloksena kaikki osallistujat menettivät elämää hallinneen kiinnostuksensa seksiin täysin. Vakavia sivuvaikutuksia ei ilmennyt. Ohjelman keskeyttäneiden vankien seksuaalinen halu ja aktiiviteetti palasivat kuukauden kuluttua hoidon loppumisesta.

Kaikki kolme koko ohjelman suorittanutta vankia oli tuomittu lapsiin kohdistuvista seksuaalirikoksista. Vangit olivat keskimäärin 39-vuotiaita ja heidän tuomionsa keskimäärin 12 vuoden pituisia.

Vangit eivät saaneet hormonihoitoon käyttämisestä minkäänlaisia etuja, esimerkiksi poistumislupia tai mahdollisuutta aikaistettuun ehdonalaan vapautumiseen. Norjassa on keskusteltu hormonihoitoon ottamisesta huomioon rangaistuksen täytäntöönpanossa jollain tavoin. Haittana pidetään sitä, että edut voisivat vaikuttaa tapaan, jolla hormonihoitoa saavat vangit raportoivat omasta seksuaalisesta aktiiviteetistaan. Hoito-ohjelma perustuu rikosten tekijän itsensä ilmoittamiin tietoihin muun muassa seksuaalisesta halukkuudestaan.

Ohjelman loppuun suorittaneet vangit olivat erittäin tyytyväisiä hoitoon. Lääkitys oli poistanut häiritsevät seksuaaliset pakkomielleet, joista yksi potilaista totesi kärsineensä ”15 vuotta 24 tuntia vuorokaudessa”.

Kaikki kokeiluun osallistuneet ilmoittivat, ettei hoito vaikuttanut siihen, miten he kokivat itsensä miehinä. Artikkelissa muistutetaan kuitenkin, että osallistujat olivat hormonihoidon aikana vankilassa. Vapaudessa he olisivat ehkä kokeneet asian toisin.

Artikkelissa pidetään kokeilusta saatuja tuloksia hyvinä ja todetaan mahdollisuuden hormonihoitoon säilyvän edelleen yhtenä seksuaalirikollisten hoitomuotona Norjassa.

7.2.3. Lääkitys

Trondheimissa valittiin tarjolla olevista lääkeaineista käyttöön leuprolidi. Artikkelin mukaan myös syproteroni ja medroksiprogesteroni eli keltarauhashormoni ovat yleensä osoittautuneet tehokkaiksi seksuaalirikollisten hoidossa, mutta yksittäistapauksissa niillä ei aina ole ollut tavoiteltua vaikutusta. Aikaisemmin syproteronia käyttäneiden, mutta leuprolidin vaihtaneiden potilaiden hoitotulokset ovat tutkimusten mukaan parantuneet. Leuprolidi kuuluu niin kutsuttuihin gonadotropiineja vapauttavan hormonin vastavaikuttajiin, joiden sivuvaikutukset ovat tavallisesti lievempiä kuin syproteronin tai keltarauhashormonin. Syproteronin ongelmiin kuuluu lisäksi se, että hoidon keskeyttävien potilaiden määrä on suuri.

Koko ohjelman suorittaneiden vankien hormonihoidon sivuvaikutukset pysyivät kohtuullisella tasolla. Toisella ohjelman keskeyttäneistä vangeista oli ollut hyvin runsaasti ns. kuumia aaltoja. Muilla oli samantyyppisiä oireita lievempinä. Yksi vangeista ei saanut hoidosta minkäänlaisia sivuvaikutuksia.

Leuprolidin mahdollisina sivuvaikutuksina mainitaan lisäksi muun muassa masentuneisuus, painonnousu ja kova väsymys. Pitkäaikainen käyttö saattaa vaikuttaa potilaan luun tiheyteen.

Artikkelissa todetaan, että leuprolidin pitkäaikaisen käytön vaikutuksia on syytä seurata ja tutkia. Ohjelmaan osallistuneiden hoitojaksot vaihtelivat kolmesta kuukaudesta vuoteen.

7.3. Seksuaalirikollisten hoito Tanskassa

7.3.1. Seksuaalirikoksia koskeva lainsäädäntö

Säännökset inestistä sisältyvät Tanskan rikoslain 210 §:ään ja säännökset muista seksuaalirikoksista rikoslain 216-236 §:ään.

Seksuaalirikoksesta voidaan lain mukaan tuomita ehdottoman vankeuden tai yhdyskunta-seuraamuksen sijasta psykiatriseen hoitoon, jos tuomittu oli rikoksen tehdessään psyykkisesti sairas tai kärsi henkisestä poikkeavuudesta.

Rikoslaisissa on säännökset myös ajaltaan määräämättömän vapaudenmenetyksen käsittävään seuraamukseen tuomitsemisesta. Rikoslain 70 §:n mukaan henkilö voidaan tuomita preventiiviseen vankeuteen:

- jos hänet on tuomittu raiskauksesta tai muusta vakavasta seksuaalirikoksesta tai tällaisen rikoksen yrityksestä taikka muusta vakavasta seksuaalirikoksesta; ja
- teosta ja tekijän luonteenlaadusta sekä tekijän rikosrekisteristä saadun tiedon perusteella on ilmeistä, että hän on vaaraksi toisen henkilön hengelle, terveydelle tai vapaudelle; ja
- preventiivisen vankeuden käyttö vankeuden sijasta on tarpeen tämän vaaran välttämiseksi.

Rikoslain 70 § muutettiin nykyiseen muotoonsa vuonna 1997. Muutoksella lievennettiin preventiivisen vankeuden käytön edellytyksiä jonkin verran.

Preventiivissä vankeudessa olevalle suositellaan sukupuoliviettä vaimentavaa lääkehoitoa, jotta ehdonalainen vapautuminen olisi mahdollista. Vapautumisesta päättää tuomioistuin, joka arvioi harkinnassaan muitakin tekijöitä, kuten tekijän vaarallisuutta, teon luonnetta ja vapaudenmenetyksien pituutta.

Tanskassa voimistettiin vuonna 1997 lapsiin kohdistuviin seksuaalirikollisiin kohdistuvia toimenpiteitä. Osin vahvistettiin hoitojärjestelmää ja osin heihin kohdistavaa valvonta- ja tarkastustoimintaa.

Ehdollinen rangaistus ja hoitoseuraamus

Tanskassa seksuaalirikoksesta tuomittu voidaan määrätä ehdottoman vankeuden sijasta ehdolliseen tuomioon, jonka sisältönä on kahden vuoden pituinen seksuaalikäyttäytymiseen vaikuttava psykiatrinen hoito. Kohderyhmänä hoidossa ovat henkilöt, jotka muuten olisi tuomittu neljästä kuukaudesta vuoden ja kuuden kuukauden ehdottomaan vankeusrangaistukseen seksuaalirikoksesta. Rikos ei ole saanut sisältää väkivaltaa tai pakottamista.

Hoitoon pääsyyllä on asetettu useita ehtoja. Tuomitun tulee olla motivoitunut osallistumaan hoitoon. Tuomitun tulee tunnustaa olevansa syyllinen ja ilmaista tarvitsevansa hoitoa. Lisäksi ehtona on, että riski uuteen seksuaalirikokseen hoidon aikana arvioidaan vähäiseksi.

Hoitomahdollisuus ei koske väkivaltaisista pedofiilejä, joiden riskiä syyllistyä hoidon aikana uusiin rikoksiin ei voida pitää vähäisenä. Myös aikaisemmat seksuaalirikoksista saadut tuomiot saattavat aiheuttaa, ettei tuomittu pääse hoidon piiriin. Hoito järjestetään tiiviissä yhteistyössä sosiaaliviranomaisten kanssa.

7.3.2. Seksuaalirikollisten lääkehoito Herstedvesterissa

Herstedvester on koko Tankan alueen kattava hoitolaitos, jossa on 133 suljettua laitospaikkaa ja 15-paikkainen avo-osasto. Laitokseen sijoitetaan psykiatrisen ja psykologisen hoidon, avun ja tarkkailun tarpeessa olevia vankeja sekä ajallisesti määräämättömään rangaistukseen tuomittuja vankeja. Herstedvester ei ole varsinaisen sairaala, eikä sinne sijoiteta mielisairaita henkilöitä. Laitoksessa on muun muassa naisosasto, grönlantilaisten osasto sekä valvontaosasto seksuaalirikoksista tuomittuja varten.

Vuodesta 1989 asti laitoksessa on annettu seksuaaliviettiä vaimentavaa lääkehoitoa vaarallisille seksuaalirikollisille, jos kokonaisvaltaisen arvion perusteella on päädytty siihen, ettei psykoterapia yksinomaan ole riittävä keino estämään tulevia seksuaalirikoksia. Useat hoidetuista ovat syyllistyneet myös muihin väkivaltarikoksiin.

Laitokseen sijoitetaan myös sellaisia henkilöitä, jotka ovat kieltäytyneet ehdottoman vankeuden sijasta määrättävästä hoidosta, eivät ole soveltuneet tällaiseen hoitoon taikka jotka ovat rikkoneet hoidon ehtoja.

Tarkkailuosastolla vietetyn ajan kuluessa hoitohenkilökunta arvioi, onko tuomittu motivoitunut hoitoon.

Yhteensä 55 tuomittua on saanut lääkehoitoa vuodesta 1989 lähtien, jolloin hoito laitoksessa aloitettiin. Noin kaksi tai kolme tuomittua aloittaa vuosittain tällaisen hoidon.

Lääkehoidon edellytyksenä on, että

- tuomittu on syyllistynyt toisen henkilön turvallisuutta vaarantavaan vakavaan seksuaalirikokseen tai uusinnut tällaisen rikoksen,
- arvioidaan, että on olemassa riski uusiin rikoksiin ja
- arvioidaan, että on kyse rikoksentekijästä, jonka uusintarikollisuusriskiä ei voida riittävästi vähentää terapialla, päihdehoidolla tai muulla lääketieteellisellä hoidolla.

Sukupuoliviettiä vaimentavaa lääkehoitoa annetaan tapauksissa, joissa kaikki muut mahdollisuudet arvioidaan riittämättömiksi ehkäisemään vakavan seksuaalirikoksen uusiminen. Lääkehoitoa saavia vankeja hoidetaan samoin kuin muitakin vankeja esimerkiksi antabushoidolla.

Lääketieteellis-eettisten periaatteiden mukaisesti lääkehoito on myös Tanskassa vapaaehtoista ja perustuu tuomitun kirjalliseen suostumukseen. Tällaista käytäntöä on noudatettu vuodesta 1996 lähtien. Ennen suostumusta sisätautilääkäri on antanut tuomitulle suullista ja kirjallista tietoa lääkehoidon vaikutuksista.

Jos tuomittu ei kuitenkaan suostu hoitoon, tämä saattaa johtaa siihen, ettei hän pääse ehdonalaan vapautteen tai hänelle ei myönnetä poistumislupia, koska riski uusiin rikoksiin on liian korkea.

Nykyisin hoidon kohderyhmänä ovat ennen kaikkea pitkää rangaistusta suorittavat. Lääkehoidon tarkoituksena on yhdessä psykoterapian kanssa vapauttaa tuomittu pakkomielteen omaisista seksuaalisista kuvitelmissa ja hillitä hänen sukupuoliviettiään. Ihanteellisessa tapauksessa riskiä uusiin rikoksiin voidaan pienentää ja väkivaltaisia mielikuvia hillitä tuomitun kuitenkin säilyttäessä seksuaalisen kykynsä.

Lääkehoidon määrääminen Herstedvesterissä on pitkä prosessi. Ensi vaiheessa tuomittu käy pitkään keskustelua psykiatrin tai psykologin kanssa. Tämä vaihe kestää yleensä puolesta vuodesta kahteen vuoteen. Tämän jälkeen pidetään neuvottelu, johon osallistuvat juristi,

psykiatri tai psykologi, sosiaalityöntekijä, opettaja, vankeinhoidon virkamies sekä lääkäri. Neuvottelun perusteella voidaan tehdä päätös lääkehoidon tarjoamisesta. Jotkut neuvottelut päättyvät myös siten, että ryhmä ei ole vakuuttunut hoidon tarjoamisesta.

Jos lääkehoitoa päädytään tarjoamaan, asia käsitellään vielä oikeuslääkärineuvostossa (*Retslægerådet*). Neuvosto on riippumaton, 10-12 lääketieteen ammattilaisesta koostuva elin, joka tarjoaa lääketieteellistä ja farmaseuttista apua viranomaisille yksittäisten kansalaisten oikeudelliseen asemaan liittyvissä asioissa. Jos neuvosto hyväksyy lääkehoidon, hoitava psykiatri määrää verikokeita ja luuston kuvauksen. Tämän jälkeen laitoksen sisätautilääkäri käy vangin kanssa läpi lääkehoidon mahdolliset sivuvaikutukset.

Tämän jälkeen alkaa varsinainen lääkehoito. Tuomittu saa kerran kahdessa viikossa pistoksen syproteronia ja joka kolmas kuukausi pistoksen leuprolidia.

Hoidon vaikutukset

Hoidon aikana vangilta otetaan verinäytteitä joka kuudes viikko. Verinäytteillä tutkitaan munuaisten ja maksan toimintaa sekä veren kalsiumpitoisuutta. Joka 12. viikko tehdään lisäksi hormonianalyysi. Lisäksi tuomittu myös punnitaan säännöllisesti. Jos tuloksissa ilmenee jotain poikkeavaa, asiaa selvittävät sekä somaattisen alan lääkäri että endokrinologi. He voivat olla suosittelematta hoidon jatkamista, jolloin hoito lopetetaan välittömästi. Vanki keskustele myös säännöllisesti endokrinologin ja sairaanhoitajan kanssa. Myös keskustelut psykiatrin kanssa jatkuvat säännöllisinä, alkuvaiheessa kahden viikon välein ja myöhemmin kolmen kuukauden välein.

Antihormonaalinen hoito estää miessukupuolihormonien normaalin toiminnan ja pitemmällä aikavälillä myös vähentää hormonien tuotantoa. Jos hoidon aikana ei käytetä kalkkitabletteja, lääkehoito voi aiheuttaa lievää luuston haurastumista. Myös maksan toiminnassa saattaa ilmetä häiriöitä, jotka kuitenkin poistuvat, kun hoito lopetetaan. Myös muita fyysisiä oireita kuten hikoilua, painonnousua, rintojen arkuutta ja niiden kehittymistä saattaa esiintyä. Rintojen lievä suurentuminen saattaa pysyä myös hoidon lopettamisen jälkeen.

Antihormonaalista hoitoa käytetään myös tietyissä eturauhasen syöpätyypeissä. Näiden potilaiden hoidosta saadun kokemuksen perusteella tiedetään, että hoidettavat saavat takaisin seksuaalisen kykynsä 3-6 kuukauden kuluessa hoidon lopettamisesta. Herstedvesterin laitoksessa lääkehoidossa olleet potilaat ovat ilmaisseet, että he ovat olleet halukkaita seksuaaliseen kanssakäymiseen myös hoidon aikana.

Lääkehoitoa koskeva asia voidaan saattaa kansallisen potilasvalituslautakunnan käsiteltäväksi. Lautakunta ei voi muuttaa lääkemääräystä, mutta se voi ilmaista käsityksensä asiasta. Jos lääkehoito on aiheuttanut tuomitulle vaurioita, asia voidaan saattaa käsiteltäväksi potilasvakuutusyhdistyksessä, joka voi maksaa korvauksia. Myös vahingonkorvausprosessi on mahdollinen.

Hoidon kesto

Hoito voidaan Tanskassa määrätä kestäväksi ainoastaan sen ajan, kun tuomittu on ehdonalaisessa vapaudessa. Jos vanki vapautuu suorittuaan koko rangaistuksensa, lääkehoitoa ei voida asettaa.

Ehdonalainen vapauttaminen on mahdollista, kun vanki on suorittanut kaksi kolmasosaa rangaistuksestaan tai 12 vuotta elinkautisesta, jos vanki muun muassa sitoutuu noudattamaan hänelle annettuja määräyksiä. Tällainen määräys voi olla psykiatrinen hoito ja sukupuoliviettä vaimentava lääkehoito.

Preventiivisestä vapaudenmenetyksestä ehdonlaiseen vapauteen pääsemisen valmistelu alkaa vankeinhoitoviranomaisen ja syyttäjän aloitteesta. Myös tuomittu ja sosiaaliviranomainen voivat

tehdä hakemuksen asiasta. Tällaisen hakemuksen tuomittu voi tehdä myös tapauksessa, jossa syyttäjä ja vankeinhoitoviranomaiset eivät pidä ehdonalaista vapauttamista suositeltavana sillä perusteella, että tuomittu on kieltäytynyt lääkehoidosta. Jos tuomitun tai sosiaaliviranomaisen hakemukseen ei suostuta, uusi hakemus voidaan jättää aikaisintaan kuuden kuukauden kuluttua edellisestä. Syyttäjä valvoo preventiivisen vankeuden pituutta myös oma-aloitteisesti. Jos tuomioistuin katsoo, että preventiivisen vankeuden edellytykset eivät enää täyty, henkilö tuomitaan määräaikaiseen vankeusrangaistukseen. Ehdonalaisesta vapauttamisesta päättää tällöin oikeusministeri.

Vaikutukset uusintarikollisuuteen

Lääkehoitoa saaneiden uusintarikollisuudesta on tehty vuonna 2006 ilmestynyt tutkimus.¹⁹ Tutkimuksessa selvitettiin 1.1.1989 ja 1.2.2000 välisenä aikana lääkehoitoa saaneiden henkilöiden uusintarikollisuutta. Uusintarikollisuutta seurattiin elokuuhun 2004 saakka. Tapauksia oli yhteensä 36, joista 15 kuitenkin oli vielä hoidossa ehdonalaisessa vapaudessa. Lopuista 21:stä yksi oli kuollut, yksi vielä vankeudessa ja yksi oli kieltäytynyt lääkehoidosta kolmen kuukauden jälkeen ja suorittanut sen jälkeen koko rangaistuksen. Loput 18 olivat suorittaneet loppuun ehdonalaisen vapauden koeajan. Tuloksia verrattiin neljän hoidosta kieltäytyneen tai sen lopettaneen rikoksenteijän tuloksiin.

Tutkimuksen tulosten mukaan antihormonaalinen hoito psykoterapiaan liitettynä on hyvin tehokasta. Hoidon aikana kukaan ei syyllistynyt seksuaalirikokseen. Hoidon loppumisen jälkeen uusiminen hoidetussa ryhmässä oli huomattavasti vähäisempää kuin vertailuryhmässä. Niistä 18:sta, jotka olivat kokonaan vapautuneet, ainoastaan kaksi oli uusinnut seksuaalirikoksen keskimäärin 4 167 päivässä hoidon lopettamisesta. Hoitamattomien ryhmässä kolme neljästä oli uusinnut seksuaalirikoksen keskimäärin 1 138 päivän kuluessa vapautumisesta. On huomattava, että tutkimuksen aineisto oli hyvin pieni ja käytetty vertailuryhmä vain viitteellinen.

¹⁹ Behandling af Sædelighedskriminelle i Anstalten Herstedvester.

7.4. Seksuaalirikollisten lääkehoito Englannissa ja Walesissa

7.4.1. Yleistä

Seksuaalirikollisten lääkehoito on jossakin muodossa ollut Englannissa käytössä varsin kauan, vaikka sen käyttö on ollut vähäistä. Lääkehoito käynnistettiin alun perin vuonna 1973. Uusi hoitomuoto perustui tuolloin lääkitystä koskevalle tutkimukselle, joka oli vuonna 1971 suoritettu 28:lle vankeudessa tai avohoidossa olevalle miehelle. Tutkimuksen tulosten mukaan lähes kaikkien osallistujien seksuaalinen halu heikkeni.

Vuosien 1975 ja 1978 välisenä aikana 138 seksuaalirikollista vankilassa sai jonkintyyppistä lääkitystä. Lääkehoito lopetettiin, koska 12 prosentilta (N=17) miehistä jouduttiin poistamaan rinnat, jotka olivat kehittyneet hoidon sivuvaikutuksena.

Antihormonaalista lääkitystä käytettiin 1980-luvulla sairaanhoidossa, muttei seuraamusjärjestelmässä. Mahdollisuus nykymuotoiseen seksuaalirikollisten lääkehoitoon otettiin Englannissa ja Walesissa käyttöön joulukuun alussa 2007. Yhdyskuntaseuraamuksista vastaavan *Probation Servicen* ohjeessa (PC 35/2007) todetaan psykologisten eli terapiaan perustuvien hoito-ohjelmien olevan edelleen seksuaalirikollisten hoidon perustana, mutta joissakin tapauksissa voidaan terapian lisäksi käyttää myös lääkitystä. Lääkehoito perustuu aina rikoksentekijän suostumukselle.

Tiedotteessa arvioidaan vain pienen osan seksuaalirikollisista hyötyvän lääkehoidosta. Hoidon perusedellytyksinä ovat joko seksuaalirikosten tekemiseen vaikuttava mielenterveyden häiriö tai tuomitun mahdollinen hyötyminen lääkityksestä, joka auttaa häntä hallitsemaan seksuaalista käyttäytymistään. Lääkityksellä voidaan hoitaa esimerkiksi rikosten tekemiseen liittyviä seksuaalisia pakkomielteitä tai kuvitelmia, joiden hallintaan terapiahoito ei aina riitä.

7.4.2. Menettely

Englannissa ja Walesissa on seksuaalirikollisten lääkehoidon järjestämiseksi perustettu kansallinen neuvontapalvelu, *National Advisory Service*. Palvelu antaa tietoa seksuaalirikollisille sopivasta lääkityksestä, ratkaisee rikoksentekijän soveltuvuuden lääkehoitoon sekä ohjeistaa tiedonkulkua vankiloiden, yhdyskuntaseuraamuksista vastaavien viranomaisten ja terveydenhuollon välillä. Tehtäviä varten on perustettu seksuaalirikollisten hoitoon erikoistuneiden psykiatrien verkosto. Asiantuntijaverkostoon kuuluva psykiatri määrää mahdollisen lääkehoidon seksuaalirikolliselle.

Lääkehoitoa koskevassa tiedotteessa annetaan käytännön menettelyä koskevat ohjeet virkamiehille. Ohjeen mukaan yhdyskuntaseuraamusten täytäntöönpanosta vastaavien virkamiesten on arvioitava jokaisen valvonnassa olevan seksuaalirikollisen mahdollinen soveltuvuus lääkehoitoon. Tämän jälkeen on päätettävä tapauksen lähettämisestä kansallisen neuvontapalvelun käsiteltäväksi. Jos tuomittu suorittaa vankeusrangaistusta ja osallistuu vankilassa seksuaalirikollisten hoito-ohjelmaan, ohjelmasta vastaava virkamies päättää mahdolli-

sesta läheteestä. Neuvontapalvelun myönteisen päätöksen jälkeen vankilan tai perusterveydenhuollon yleislääkäri kirjoittaa varsinaisen hoitolähetteen seksuaalirikoksiin erikoistuneelle psykiatrille. Menettely perustuu yhteistyölle eri toimijoiden välillä. Rikoksenteekijöiden parissa työskenteleviltä virkamiehiltä tämä ei edellytä varsinaisesti uusia toimintatapoja, koska myös seksuaalirikollisten lääkkeettömät hoito- ja valvontasuunnitelmat toteutetaan moniammatillisena yhteistyönä.

Ohjeessa on määritelty kriteerit, joiden täytyessä rikoksenteekijä lähetetään neuvontapalvelun arvioitavaksi mahdollista lääkehoidon aloittamista varten. Ohjeessa korostetaan alustavienkin kriteerien huolellista punnintaa. Neuvontapalveluun lähettäminen on aiheellista esimerkiksi silloin, kun tuomitulla todettu mielenterveyden häiriö haittaa seksuaalirikollisten hoito-ohjelmaan osallistumista, tai jos mielenterveyden ongelmien katsotaan lisäävän todennäköisyyttä rikoksen uusimiseen. Lisäksi lääkehoidon tarvetta on arvioitava silloin, kun rikoksenteekijällä on hallitsemattomia seksuaalisia pakkomielleitä, vaarallista (esimerkiksi sadistista) seksuaalista poikkeavuutta tai vastaavaa.

Tiedotteessa tähdennetään sitä, että seksuaalirikollisen lääkehoitoa on tarkoitus käyttää aina osana laajempaa hoito- ja valvontasuunnitelmaa, jolla pyritään estämään rikoksen uusiminen. Psykologiset, käyttäytymisterapiaan perustuvat hoidot pysyvät edelleen seksuaalirikollisten ensisijaisena hoitomuotona. Uudistuksella on kuitenkin mahdollistettu terapian täydentäminen lääkehoidolla ja ennen kaikkea luotu menettelytapa tilanteissa, joissa lääkityksestä arvioidaan olevan hyötyä ja rikoksenteekijä suostuu hoitoon. Ollakseen tehokasta lääkehoidon tulee liittyä psykoterapiaan sekä muuhun neuvontaan, jolla voidaan vaikuttaa vääristyneisiin mieltymyksiin, rikosmyönteisiin asenteisiin ja tapaan suhtautua lapsiin.

Rikoksenteekijälle on lääkehoidon harkintavaiheessa ennen neuvontapalveluun ohjaamista annettava hoidossa tavallisesti käytettäviä lääkkeitä ja niiden vaikutuksia koskeva tiedote, jonka sisällön kriminaalihuollon viranomaiset ovat vahvistaneet. Lisäksi yhdyskuntaseuraamuksista tai vankilassa asiasta vastaavan virkamiehen on keskusteltava lääkehoitoon suostuneen tuomitun kanssa sen varmistamiseksi, että tuomittu on todella ymmärtänyt hoidon olevan vapaaehtoista.

Neuvontapalvelu on perustettu syksyllä 2007 sopimuksella, joka on voimassa kolme vuotta.

7.4.3. Lääkkeet

Seksuaalirikollisten lääkehoidossa käytetään Isossa-Britanniassa - kuten useissa hoitoa toteuttavissa maissa - periaatteessa kahdenlaista lääkitystä: SSRI-lääkkeitä eli serotoniinin takaisinoton estäjiä sekä veren testosteronitasoa alentavia lääkkeitä.

SSRI-lääkitys soveltuu tilanteissa, joissa seksuaalirikosten tekeminen on impulsiivista tai pakkomielleiden aiheuttamaa sekä silloin, kun rikollinen käyttäytyminen liittyy tekijän masentuneeseen tai ahdistuneeseen mielentilaan. Seksuaalinen halukkuus saattaa lääkehoidon myötä vähentyä, mutta lääkityksen pääasiallisena tarkoituksena on vaikuttaa rikoksenteekijän seksuaalisten fantasioiden voimakkuuteen ja siten auttaa häntä hallitsemaan omaa käyttäytymistään. SSRI-lääkityksen mahdolliset sivuvaikutukset ovat yleensä lieviä.

Toisena vaihtoehtona seksuaalirikollisten lääkehoidossa ovat antiandrogenit eli mieshormonien vastavaikuttajat. Antiandrogenit alentavat potilaan testosteronin tuotantoa ja vaikuttavat siksi selvästi SSRI-lääkkeitä suuremmin sukupuoliseen halukkuuteen. Tämän tyyppinen lääkitys vähentää sekä seksiin kohdistuvaa mielenkiintoa yleisesti että spontaania seksuaalista käyttäytymistä. Lääkityksen mahdollisia sivuvaikutuksia on paljon, ja ne saattavat olla vaikeitakin. Testosteronipitoisuuksia alentavilla lääkkeillä voidaan hoitaa vain miehiä. Oikean hoitotason löytymiseen saattaa kulua useita kuukausia.

Yleisin seksuaalirikollisten hoidossa käytettävä testosteronin määrää vähentävä lääke Englannissa ja Walesissa on eturauhassyövän hoitoon kehitetty syproteroniasetaatti, joka nautitaan tabletteina. Jos syproteroniasetaatti osoittautuu riittämättömäksi hoidoksi, voidaan käyttää injektioina annettavia lääkkeitä: gosereliinia, triptoreliinia tai leuprolidia. Jälkimmäiset vaihtoehdot ovat selvästi syproteronia kalliimpia.

7.4.4. Muuta

Vuonna 2004 noin 30 prosenttia vankilassa tai valvonnassa (*probation supervision*) seksuaalirikostuomiota suorittavista osallistui johonkin seksuaalirikollisten hoito-ohjelmaan. Tutkimustulokset osoittavat ohjelmien vähentävän varsinkin niiden tuomittujen uusintarikollisuutta, joilla uusimisen todennäköisyys on etukäteen arvioitu matalaksi tai suhteellisen matalaksi. Ongelmana on, että vakavimpiin seksuaalirikoksiin syyllistyneiden ryhmässä terapeuttisilla hoito-ohjelmilla ei ole todettu olevan tavoiteltua vaikutusta. Tässä ryhmässä myös rikoksen uusimisen todennäköisyys on korkea.²⁰ On kuitenkin mahdollista, että mainitussa hyvin haasteellisessa joukossa terapiaan yhdistetyllä lääkehoidolla voitaisiin saavuttaa nykyistä parempia hoitotuloksia.

Tutkimusten mukaan lääkehoito näyttää tehoavan erityyppisistä seksuaalirikollisten ryhmistä parhaiten niihin seksuaaliseen hyväksikäyttöön syyllistyneisiin rikosentekijöihin, joilla ei ole lainkaan seksuaalisia kontakteja aikuisten kanssa. Lääkehoito ei välttämättä tehoa myös aikuiskontakteja omaaviin, usein humalatilassa tai huumausaineiden vaikutuksen alaisina rikoksensa tehneisiin pedofiileihin, väkivaltaisiin seksuaalirikollisiin eikä niihin, jotka kieltävät rikoksensa. Lääkehoito, kuten muutkin käyttäytymisen muuttamiseen tähtäävät hoitomuodot, on tutkitusti tehokkainta muutokseen todella motivoituneilla seksuaalirikollisilla.

²⁰ The Howard Journal Vol 46 No 1 February 2007

8. Euroopan neuvoston yleissopimus lasten hyväksikäytön kieltämisestä (CETS 201)

Suomi on 25 päivänä lokakuuta 2007 allekirjoittanut Euroopan neuvoston yleissopimuksen, joka koskee lasten suojelemista seksuaaliselta hyväksikäytöltä ja seksuaaliselta väkivallalta. Sopimuksen tarkoituksena on ehkäistä ja torjua lasten seksuaalista hyväksikäyttöä, suojella lapsiuhrien oikeuksia sekä edistää kansallista ja kansainvälistä yhteistyötä lasten seksuaalisen hyväksikäytön torjumisessa. Sopimusta ollaan parhaillaan saattamassa voimaan Suomessa.

Kysymyksessä on laaja-alainen sopimus, joka sisältää runsaasti myös kriminalisointivaltioita. Sopimuksen asettamat velvoitteet edellyttävät rikoslain 20 luvun täsmentämistä ja täydentämistä. Yleissopimus muun ohessa velvoittaa säätämään rangaistavaksi ns. groomingin, jolla sopimuksen 23 artiklassa tarkoitetaan sitä, että aikuinen tieto- tai viestintäteknologian (esimerkiksi internetin) avulla tahallaan houkuttelee lasta tapaamiseen tarkoituksenaan kohdistaa lapseen seksuaalirikos.

Yleissopimuksen 15-17 artiklat sisältävät säännöksiä seksuaalirikoksiin syyllistyneiden hoito- ja kuntoutusohjelmista sekä muista toimintakeinoista.

Näissä artikloissa on lähtökohtana:

- ohjelmaan osallistumisen edellytyksenä on etukäteen annettu suostumus
- ohjelmia tulee olla tarjolla mahdollisimman aikaisessa vaiheessa
- rikoksenteekijöiden uusintarikollisuusriskin ja vaarallisuusarvioinnin tulee olla käytössä
- on tehtävä ohjelmien ja kuntoutuksen vaikutusarviointeja
- erityistä huomiota tulee kiinnittää lapsiin.

Yleissopimuksen 15 ja 16 artiklan mukaan jokaisen sopimusvaltion tulee kansallisella lainsäädännöllä varmistaa, että kaikille lapsiin kohdistuviin rikoksiin syyllistyneille seksuaalirikollisille on tarjolla uusintarikollisuutta ehkäiseviä ja vähentäviä kuntoutusohjelmia ja -keinoja. Seksuaalirikollisilla sopimuksessa tarkoitetaan syytettynä olevia ja tuomittuja henkilöitä sekä alle 18-vuotiaita, jotka ovat syyllistyneet seksuaalirikokseen. Alle 18-vuotiaille tarkoitettujen hoitomuotojen kehittämiseen tulisi kiinnittää erityistä huomiota.

Ohjelmia tulee olla saatavilla koko prosessin ajan. Syyttömyysolettama on kuitenkin otettava huomioon siten, että hoitoon osallistumisen ei pitäisi vaikuttaa syyteharkintaan. Artikla velvoittaa järjestämään ohjelmia sekä vankilan ulkopuolella että vankilassa kansallisessa lainsäädännössä ja kansainvälisessä oikeudessa säädetyllä tavalla. Artikla sisältää myös sosiaali-, terveydenhoito- ja oikeusviranomaisia koskeva yhteistyövelvoitteen.

Ohjelmilla ja interventioilla tarkoitetaan selostavan muistion mukaan esimerkiksi kognitiivis-behavioraalista terapiaa ja terapiaa, joka perustuu psykodynaamisiin menetelmiin. Lääketieteellisenä hoitona muistiossa mainitaan antihormonaalinen terapia. Sosiaalisista puutumiskeinoista esimerkkinä mainitaan keinot, joilla pyritään säätelemään rikosenteekijän

käyttäytymistä (esimerkiksi lähestymiskielto) sekä muut toimet, joilla pyritään edistämään sijoittumista yhteiskuntaan (esimerkiksi työsaannissa avustaminen).

Sopimuksen 15 artiklan 3 kohdassa velvoitetaan sopimusvaltiot varaamaan seksuaalirikollisille mahdollisuus riski- ja vaarallisuusarvioon tarkoituksenmukaisten hoitomuotojen järjestämiseksi. Lisäksi jäsenvaltiot velvoitetaan järjestämään tällaisten hoito- ja kuntoutusohjelmien tehokkuuden arviointi.

Sopimusta selostavan muistion mukaan hoito-ohjelmat tulee rakentaa vapaaehtoisuuden pohjalle. Tämä merkitsee myös sitä, ettei ohjelmien välttämättä tarvitse olla osa seuraamus- ja rangaistusjärjestelmää vaan ne voivat kuulua sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Sopimuksessa tarkoitettuja hoitomuotoja ei tule sekoittaa kansallisiin järjestelmiin, joita on olemassa psyykkisistä häiriöistä kärsiville.

Hoito-ohjelmiin osallistumisen ehdottomana lähtökohtana on 17 artiklan mukaan rikosten tekijän aito ja vapaaehtoinen suostumus, jonka pitää lisäksi perustua riittävään tietoon ohjelmasta ja siitä, miksi ohjelmaa tarjotaan. Viranomaisille on asetettu tästä tietojen antamisvelvollisuus.

Sopimuksen 17 artiklan mukaan jäsenvaltion tulee kansallisen lainsäädäntönsä mukaisesti varmistaa, että seksuaalirikollisella on oikeus kieltäytyä hoidosta. Koska kyse on tuomitusta henkilöstä, tälle tulee kertoa, mitä vaikutuksia kieltäytymisestä voi seurata. Selostavan muistion mukaan tällä tarkoitetaan sitä, että kansallisessa laissa voidaan säätää, että ohjelmaan osallistuminen lykkää rangaistuksen täytäntöönpanoa tai lieventää rangaistusta (esimerkiksi ehdollinen tuomio ja ehdonalainen vapauttaminen).

9. Työryhmän ehdotukset

9.1. Johdanto

Työryhmän tehtäväksi annettiin selvittää mahdollisuudet järjestää seksuaalirikoksista tuomituille lääkehoitoa tai muuta velvoitteellista hoitoa seuraamusjärjestelmässä. Työryhmän oli erityisesti selvitettävä mahdollisuuksia liittää tällainen hoito ehdolliseen rangaistukseen, ehdonalaiseen vapauttamiseen, valvottuun koevapauteen, muihin yhdyskuntaseuraamuksiin sekä parhaillaan valmisteilla olevaan valvontarangaistukseen. Työryhmän oli myös kartoitettava seksuaalirikollisille annetusta hoidosta saatuja kansainvälisiä kokemuksia. Lisäksi työryhmän oli pohdittava lääkehoidon ja muun velvoitteellisen hoidon järjestämiseen liittyviä lääketieteellisiä, rikosoikeudellisia ja eettisiä näkökohtia sekä velvoitteellisen hoidon suhdetta ihmis- ja perusoikeuksiin.

Seksuaalirikoksista on viime vuosina annettu ensimmäisessä oikeusasteessa 440-470 tuomiota vuosittain. Poliisin tietoon tulleista rikoksista varsinkin raiskaukset ja lapsiin kohdistuvat seksuaalirikokset ovat lisääntyneet. Seksuaalirikollisuudelle on tyypillistä, että suuri osa jää piilorikollisuudeksi eli ei lainkaan tule viranomaisten tietoon. Rikosten ilmoittamisaltiudessa tapahtuneet muutokset vaikuttavat selvästi poliisin tietoon tulleiden rikosten määrään.

Seksuaalirikokset aiheuttavat tekojen kohteiksi joutuneille ja heidän läheisilleen usein pitkäaikaista kärsimystä. Yhdellä rikoksenteijällä on usein lukuisia uhreja. Tiedossa on lisäksi, että seksuaaliseen hyväksikäyttöön syyllistyneet ovat usein itsekin olleet seksuaalisesti hyväksikäytettyjä. Lapsuudessa koetut seksuaalisen hyväksikäytön kokemukset saattavat aktivoitua ja alkaa haitata elämää vasta aikuisiässä. Toipuminen voi olla rikoksen uhriksi pitkä ja vaikea prosessi. On tärkeää, että seuraamusjärjestelmässä otetaan harkittaviksi kaikki asianmukaiset keinot seksuaalirikosten vähentämiseksi.

Seuraamusjärjestelmässämme on vireillä useita hankkeita, joiden tavoitteena on estää uusintarikollisuutta rangaistukseen sisältyvällä hoidolla tai kuntoutuksella. Esimerkiksi oikeusministeriössä parhaillaan valmisteltavana olevaan valvontarangaistukseen voidaan työryhmän ehdotuksen (2007:17) mukaan sisällyttää päihdekuntoutusta tai muuta hoitoa. Keväällä 2009 on tarkoitus antaa eduskunnalle hallituksen esitys, jossa ehdotetaan mahdollisuutta laajentaa muun muassa päihdeongelmien vähentämiseksi kehitettyjen toimintaohjelmien osuutta yhdyskuntapalvelurangaistuksen täytäntöönpanossa. Lääkehoidon antamien mahdollisuuksien selvittäminen seksuaalirikosten torjunnassa liittyy näihin uudistuksiin, joissa uusintarikollisuutta pyritään ehkäisemään yksilöllisesti suunnitellulla kuntoutuksella tai hoidolla.

Nykyisessä seuraamusjärjestelmässämme ei ole erityisseuraamuksia seksuaalirikoksista tuomituille. Ainoastaan ehdottomaan vankeusrangaistukseen tuomituille on tarjolla toimintaohjelma, jolla voidaan vaikuttaa seksuaalirikollisen ajatteluun ja toimintamalleihin. Työryhmän saaman selvityksen mukaan myös lääkeshoidosta on eri maissa saatu varsin rohkaisevia kokemuksia.

Uusimisriski näyttää tutkimusten mukaan olevan seksuaalirikoksissa selvästi pienempi kuin muissa rikoslajeissa. Koska tekijöillä on usein monia uhreja ja tekojen vaikutukset uhreihin voivat olla varsin vakavia ja pitkäaikaisia, on kuitenkin perusteltua selvittää, miten seksuaalirikollisille tarkoitettu lääkehoito voitaisiin nivoa osaksi seuraamusjärjestelmää.

Vapaaehtoisen lääkehoidon järjestäminen osana yleistä terveydenhoitoa on jätetty tarkastelun ulkopuolelle.

9.2. Ehdotusten periaatteelliset lähtökohdat

Nykyään seksuaalirikosten uusimista pyritään Suomessa ehkäisemään vankilassa toteutettavalla rikoksenteijöiden STOP-terapiaohjelmalla. Ohjelmaan osallistuvat vangit työstävät käyttäytymisterapeuttisen ajattelun avulla seksuaalirikoksiin liittyviä uskomuksiaan ja ajatuksiaan, opettelevat uhrin kokemusten tiedostamista ja harjoittelevat rikoksettomaan elämään tarvittavia taitoja. Työskentelyn tavoitteena on, että seksuaalirikoksiin syyllistyneet saavat rikokseen johtaneen ajattelunsa tietoiseen hallintaan, motivoituvat muuttamaan rikollista käyttäytymistään ja oppivat elämään muita vahingoittamatta eli pidättäytyvät uusista seksuaalirikoksista.

Luvussa 7 esitetyt kansainväliset kokemukset osoittavat, että seksuaalirikosten uusimista voidaan onnistuneesti ehkäistä myös lääkityksellä, joka heikentää rikoksenteijän seksuaa-

lista kykyä ja halua. Pohjoismaissa pisin kokemus lääkehoidosta on saatu Tanskan vankeinhoidossa. Lääkitystä käytetään yhdessä terapiaohjelman kanssa, jotta nämä hoitomuodot tukisivat toisiaan ja hoidolla saavutettaisiin lääkehoidon kestoa pitempiäaikaisia ja pysyvämpiä vaikutuksia.

Lääkehoito ei kokonaan estä seksuaalirikollista uusimasta rikostaan, mutta hoidolla aikaan saatu hormonitason muutos aiheuttaa seksuaalisen mielenkiinnon vähenemisen. Kun lääkehoito lopetetaan, seksuaalinen vietti palaa yleensä normaaliksi. Tästä syystä lääkehoito pitäisikin yhdistää muihin hoitomuotoihin, joilla voidaan vaikuttaa rikosentekijän ajatteluun ja toimintamalleihin.

Kansainvälisten kokemusten perusteella voidaan todeta, että nimenomaan käyttäytymisterapeuttiset toimintaohjelmat ja lääkehoito yhdessä toteutettuna näyttäisivät alentavan myös seksuaalirikosten uusimisen todennäköisyyttä. Työryhmä korostaa kuitenkin, että tieteellistä tutkimusta lääkehoidon ja toimintaohjelmien vaikutuksesta seksuaalirikosten uusimiseen on toistaiseksi verraten vähän. Lisäksi tutkimusten tulokset ovat jossain määrin ristiriitaisia.

Työryhmän käsityksen mukaan tutkimusta seksuaalirikosten uusimisesta ja lääkehoidon ja toimintaohjelmien vaikutuksesta tarvitaan lisää myös Suomessa.

Lasten suojelemista seksuaaliselta hyväksikäytöltä ja seksuaaliselta väkivallalta koskevan Euroopan neuvoston yleissopimuksen mukaan jokaisen sopimusvaltion tulee kansallisella lainsäädännöllä varmistaa, että kaikille lapsiin kohdistuviin rikoksiin syyllistyneille seksuaalirikollisille on tarjolla uusintarikollisuutta ehkäiseviä ja vähentäviä kuntoutusohjelmia.

Yleissopimus velvoittaa järjestämään ohjelmia sekä vangeille että yhdyskuntaseuraamusta suorittaville kansallisessa lainsäädännössä tarkemmin säädettävällä tavalla. Lääketieteellisenä hoitona yleissopimusta selostavassa muistiossa mainitaan hormonihoito.

Työryhmä ehdottaa seksuaalirikollisille tarkoitetun lääkehoidon mahdollistamista osana seuraamusjärjestelmää.

Työryhmän lähtökohtana on ollut, ettei lääkehoitoa tulisi toteuttaa yksinomaisena hoitomuotona, vaan sen tulisi pääsääntöisesti liittyä muuhun psykososiaaliseen hoitoon ja tukeen.

Edellä mainitun yleissopimuksen mukaan hoito-ohjelmiin osallistumisen ehdottomana lähtökohtana on rikosentekijän aito ja vapaaehtoinen suostumus. Lisäksi suostumuksen tulee perustua riittävään tietoon. Viranomaisille on asetettu tästä tietojen antamisvelvollisuus.

Mietinnön luvuista 6 ja 7 selviää, että lääkehoidolla voi olla merkittäviä sivuvaikutuksia. Lääkehoitoa saavan tulisi olla tietoinen lääkehoidon vaikutuksista ja mahdollisista sivuvaikutuksista ennen hoidon aloittamista. Lääkehoidolla puututaan myös voimakkaasti tuomitun perusoikeuksiin, erityisesti henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen. Lääkehoidon tehokkuuden ja onnistumisen kannalta on olennaisen tärkeää, että tuomittu on itse motivoitunut hoitoon. Näistä syistä lääkehoidon tulisi perustua vapaaehtoisuuteen.

Edellä mainitun yleissopimuksen mukaan jäsenvaltion tulee kansallisessa lainsäädännössä varmistaa, että seksuaalirikollisella on oikeus kieltäytyä hoidosta. Tuomitulle tulee kertoa, mitä vaikutuksia kieltäytymisellä voi olla. Kansallisessa laissa voidaan yleissopimuksen mukaan säätää siitä, että kuntoutusohjelmaan osallistuminen lykkää rangaistuksen täytäntöönpanoa tai lieventää rangaistusta. Lievennys voi olla esimerkiksi rangaistuksen tuomitseminen ehdollisena tai vangin ehdonalainen vapauttaminen.

Työryhmä katsoo, että lääkehoidon tulee aina perustua seksuaalirikoksesta tuomitun henkilön vapaaehtoisuuteen. Työryhmän käsityksen mukaan tuomitulla tulee lisäksi olla mahdollisuus peruuttaa suostumuksensa milloin tahansa hoidon aikana. Tästä voi kuitenkin seurata valvotun koevapauden tai ehdonalaisen vapauden menettäminen.

Työryhmä ehdottaa myös, että lakiin sisältyisi lääkärin nimenomainen velvollisuus kertoa tuomitulle ennen hoidon aloittamista lääkehoidon vaikutuksista. Sijoittajayksikkö antaisi vangille tiedon rangaistuksen täytäntöönpanoon liittyvistä seuraamuksista, joita hoidon keskeyttämisellä olisi.

9.3. Käytössä olevat lääkkeaineet

Seksuaalirikollisille käytössä olevia lääkehoitoja on selostettu mietinnön luvuissa 6 ja 7. Käytettynä lääkeaineena on eri maissa käytetty syproteroniasetaattia, joka vähentää verenkierrossa olevan miessukupuoli-hormonin, testosteronin määrää. Tämän ohella on käytetty leuprolidia, joka myös alentaa elimistön testosteronipitoisuutta. Leuprolidin lisäksi samaan lääkeaineryhmään kuuluu muun muassa triptoreliini, jota myös on kokeiltu seksuaalirikollisilla. Sekä leuprolidia että syproteroniasetaattia on saatavilla injektio muodossa, joten hoidon noudattamista voidaan valvoa tehokkaasti.

Hormonaalisten lääkehoitojen lisäksi seksuaalirikollisten uusimisriskiin on pyritty vaikuttamaan selektiivisillä serotoniinin takaisinoton estäjillä (SSRI), joita tavallisesti käytetään muun muassa masennuksen ja pakko-oireisen häiriön hoidossa. SSRI-lääkityksen vaikutusta pakonomaiseen seksuaaliseen käyttäytymiseen on toistaiseksi tutkittu melko vähän, mutta saadut tulokset ovat olleet pääosin lupaavia. Lääkkeiden huonona puolena seksuaalirikollisten uusimisriskin vähentämisessä on se, että niitä on saatavilla ainoastaan suun kautta otettavassa muodossa, mikä vaikeuttaa niiden käytön valvontaa. SSRI-lääkkeitä voivat käyttää myös seksuaalirikoksiin syyllistyneet naiset. Lisäksi sivuvaikutukset ovat tavallisesti lievempiä kuin hormonaalisilla lääkkeillä.

Seksuaalirikollisten hoidossa on 2000-luvulla melko hyvin tuloksin kokeiltu myös naltreksonia, jota yleisemmin käytetään alkoholismien ja muiden riippuvuuksien hoidossa. Myös erilaiset yhdistelmähoitot ovat mahdollisia. Esimerkiksi leuprolidin ja jonkin SSRI-ryhmään kuuluvan lääkeaineen yhdistelmää pidetään nykyään lupaavana seksuaalirikollisten hoitomuotona.

Jos seksuaalirikosten tekeminen on yhteydessä rikoksentehtäjän päihteiden käyttöön, mahdollisia lääkkeitä voisivat olla myös alkoholismien hoidossa käytettävä disulfiraami eli Antabus tai huumeriippuvaisille tarkoitettu metadonikorvaushoito.

Suomessa ei ole lainsäädäntöä, joka mahdollistaisi seksuaalirikollisten velvoitteellisen lääkehoidon. Vuonna 2007 myönnettiin Suomessa myyntilupa uudelle pakonomaisen seksuaalisen käyttäytymisen hoitoon tarkoitettulle lääkkeelle, jonka vaikuttava aine on yllä mainittu triptoreliini. Lääkettä ei ilmeisesti ole vielä käytetty seksuaalirikollisilla Suomessa.

Työryhmä ei esitä minkään nimetyn lääkeaineen valitsemista. Uusia lääkkeitä kehitetään ja kokeillaan jatkuvasti, ja kehitys alalla on nopeaa. Lääkkeiden vaikutukset ja sivuvaikutukset vaihtelevat jonkin verran eri ihmisillä. Lääkehoidon vaikutusten ja sivuvaikutusten hallitseminen ja tunnistaminen vaativat erityisosaamista, minkä vuoksi lääkehoidosta päättäminen tulisi työryhmän käsityksen mukaan Suomessa keskittää yhteen taikka korkeintaan muutamaan terveydenhuollon yksikköön.

9.4. Lääkehoidon mahdollisuudet eri seuraamuksissa

Työryhmässä on selvitetty mahdollisuuksia liittää lääkehoito eri seuraamuksiin: ehdolliseen rangaistukseen, yhdyskuntapalveluun, nuorisorangaistukseen, ehdottomaan vankeuteen sekä valmisteilla olevaan valvontarangaistukseen.

Seksuaalirikoksista tuomittavien ehdollisten rangaistusten suuren määrän vuoksi voitaisiin olettaa, että lääkehoito olisi perusteltua liittää osaksi ehdollista rangaistusta. Tällöin lääkehoito olisi mahdollisimman monen seksuaalirikoksesta tuomitun ulottuvilla.

Työryhmässä ei ole kuitenkaan päädytty kannattamaan lääkehoidon liittämistä ehdolliseen rangaistukseen. Tähän on useita perusteita. Tärkein syy on, että ehdollinen vankeusrangaistus lapsen seksuaalisesta hyväksikäytöstä tuomitaan yleensä tapauksissa, joissa tekijä ei ole aikaisemmin syyllistynyt rikoksiin, tekijä ei ole osoittanut pakonomaista tarvetta kohdistaa tekoaan nimenomaan lapseen ja uhrin ikä on lähellä nykyisessä laissa säädettyä suojaikärajaa 16 vuotta. Tekijän hoitaminen lääkkeillä ei olisi näissä tapauksissa mielekästä.

Työryhmän mielestä lääkehoitoon tulisi pääsääntöisesti liittää muutakin hoitoa, kuntoutusta ja tukea. Nykyään seksuaalirikollisille tarkoitettuja toimintaohjelmia on ainoastaan vankiloissa. Tästäkin syystä toimintaohjelmien liittäminen lääkehoitoon osana ehdollista rangaistusta olisi käytännössä ongelmallista.

Sakkorangaistukseen tuomitaan 7-10 prosenttia seksuaalirikoksen tekijöistä. Vuonna 2007 yleisin sakkorangaistukseen johtanut rikos oli seksuaalinen hyväksikäyttö. Lääkehoidon liittäminen tähän seuraamusmuotoon on epätarkoituksenmukaista samoista syistä kuin edellä on esitetty ehdollisen rangaistuksen osalta. Samoista syistä työryhmä ei pidä perusteltuna lääkehoidon liittämistä myöskään yhdyskuntapalveluun, joka on lisäksi varsin harvinainen seuraamus seksuaalirikoksissa.

Oikeusministeriössä valmistellaan parhaillaan sähköisesti valvottua valvontarangaistusta. Se olisi mahdollisesti enintään neljän kuukauden ehdottoman vankeusrangaistuksen sijasta määrättävä seuraamus. Saadun lausuntopalautteen perusteella jatkovalmistelussa selvitetään myös vaihtoehtoa, jossa valvontarangaistus voitaisiin tuomita kahdeksan kuukauden ehdot-

toman vankeusrangaistuksen sijasta. Valvontarangaistusta valmistelleen työryhmän selvityksen mukaan valvontarangaistuksen kohderyhmänä olisivat erityisesti rattijuopumus- ja omaisuusrikoksista tuomitut. Jos valvontarangaistukseen tuomittaisiin seksuaalirikollisia, kyse olisi yleensä sellaisista rikoksista, joissa lääkehoitoa ei voida pitää perusteltuna. Näistä syistä työryhmä ei ehdota lääkehoidon liittämistä myöskään valvontarangaistukseen.

Kansainvälisten kokemusten ja tutkimusten sekä Suomessa STOP-ohjelman piirissä saadun kokemuksen perusteella voidaan todeta, että seksuaalirikollisille tarkoitetun lääkehoidon ja toimintaohjelmien kohderyhmänä olisivat seksuaalirikoksista tuomitut, joilla arvioidaan olevan vähintään keskisuuri uusimisriski. Muutenkin on perusteltua kohdistaa toimenpiteet ja varata resurssit sellaisten rikostekijöiden hoitoon, jotka on tuomittu törkeistä tai vakavista rikoksista. Tällaisia rikoksia ovat työryhmän käsityksen mukaan esimerkiksi törkeä raiskaus tai törkeä lapsen seksuaalinen hyväksikäyttö. Näissä tapauksissa seksuaalirikoksella on usein ollut lukuisia uhreja, rikos on kohdistunut lapseen tai hyväksikäyttö on jatkunut pitkään. Lääkehoito on perusteltua myös muutamissa muissa seksuaalirikostapauksissa, jotka ovat niin vakavia, että niistä on tuomittu ehdotonta vankeutta.

Työryhmän käsityksen mukaan seksuaalirikolliselle tarkoitettu lääkehoito on perusteltua liittää osaksi ehdottoman vankeusrangaistuksen täytäntöönpanoa, mutta ei muihin seuraamuslajeihin.

Työryhmässä on pohdittu erilaisia mahdollisuuksia liittää lääkehoito ehdottoman vankeusrangaistuksen täytäntöönpanoon. Koska vankilassa on hyvin rajoitettu mahdollisuus tehdä seksuaalirikoksia, ei ole tarkoituksenmukaista, että lääkehoitoa annettaisiin koko vankeusrangaistuksen täytäntöönpanon ajan. Perusteena tälle on myös se, että lääkehoidon sivuvaikutukset voivat hoidon jatkuessa jossain määrin kumuloitua.

Työryhmän käsityksen mukaan toteuttamiskelpoisin järjestelmä on liittää lääkehoito valvotun koevapauden ja ehdonalaisen vapauden järjestelmään. Lääkehoidon velvoitteellisuus ilmenisi työryhmän ehdotuksessa siten, että jos tuomittu peruuttaisi suostumuksensa, lopettaisi hoidon tai rikkoi muita hänelle asetettuja velvoitteita, valvottu koevapaus voitaisiin peruuttaa määrääjäksi. Velvoitteellisuus ilmenisi myös siten, että lääkehoitoa koskeva määräys jatkuisi vielä ehdonalaisessa vapaudessa. Vanki voisi saada itselleen edun - valvotun koevapauden - sillä edellytyksellä, että hän sitoutuisi jatkamaan lääkehoitoa myös ehdonalaisen vapauden aikana. Näin voitaisiin tehokkaasti vähentää uusintarikollisuusriskiä myös ehdonalaisen vapauden aikana.

Valvottuun koevapauteen sijoittaminen perustuisi uudistuksen jälkeenkin tapauskohtaiseen harkintaan, joten ehdotuksessa ei ole kysymys kaikille seksuaalirikollisille annettavasta mahdollisuudesta päästä lääkehoidon avulla koevapauteen. Lisäksi tulisi edelleen olemaan seksuaalirikoksista tuomittuja, jotka vapautuvat vankilasta ilman lääkehoitoa.

Jos valvottava lopettaisi hoidon, ehdonalainen vapaus voitaisiin määrätä menetetyksi vähintään neljäksi päiväksi ja enintään kahdeksi kuukaudeksi. Nykyisin ehdonalaisen vapauden menettämisestä muun kuin rikoksen johdosta säädetään ehdonalaisen vapauden valvonnasta annetun lain (782/2005) 10 §:ssä. Päätösvalta asiassa olisi tuomioistuimella, joka voisi harkinnassaan ottaa huomioon esimerkiksi sen, kuinka pitkään vanki on suoriutunut ehdonalaisessa vapaudessa moitteitta.

Työryhmä ehdottaa, että lääkehoito liitetään osaksi valvotun koevapauden ja ehdonalaisen vapauden järjestelmää. Vanki saisi itselleen edun - valvotun koevapauden -, mutta samalla hänen olisi sitouduttava lääkehoidon jatkamiseen ehdonalaisen vapauden aikana. Jos vanki ei noudattaisi lääkehoitoa koskevia määräyksiä, saatu etu eli valvottu koevapaus voitaisiin peruuttaa enintään suorittamatta olevan koevapauden pituiseksi ajaksi tai ehdonalainen vapaus määrätä menetetyksi enintään kahdeksi kuukaudeksi.

Käytännössä vanki aloittaisi lääkehoidon jo vankeusaikana, yleensä 1-2 kuukautta ennen valvottuun koevapauteen pääsemistä. Tämä on työryhmän mukaan tarpeen sen vuoksi, että vanki voisi olla lääkärin jatkuvassa valvonnassa ajan, jona lääkehoidon vaikutukset vakiintuvat.

Vaikka lääkehoito tulisi pääsääntöisesti yhdistää muuhun psykososiaaliseen hoitoon ja tukeen, lääkehoito ja muu hoito voitaisiin järjestää myös jatkumona esimerkiksi siten, että vanki osallistuisi STOP-ohjelmaan vankeusaikanaan ja aloittaisi lääkehoidon ennen pääsemistään valvottuun koevapauteen. Lääkehoitoon valikoituisivat tällöin pääsääntöisesti vangit, jotka ovat osallistuneet STOP-ohjelmaan vankeusaikanaan. Työryhmän arvion mukaan lääkehoitoon osallistuisi enintään 10 vankia vuosittain.

Työryhmän käsityksen mukaan ei ole kuitenkaan estettä sille, että muukin kuin STOP-ohjelman käynyt seksuaalirikoksesta tuomittu vanki voisi sitoutua lääkehoitoon. Tällöin tarpeellinen psykososiaalinen hoito ja tuki tulee erikseen liittää lääkehoitoon. Psykososiaalisella hoidolla ja tuella tarkoitetaan erilaisia lääkehoitoa tukevia ja täydentäviä hoitomuotoja kuten psykoterapiaa, ryhmäterapiaa ja intensiivistä psykososiaalista hoitoa. Psykososiaaliset hoidot määrättäisiin yksilöllisesti kunkin vangin tuen tarpeesta riippuen.

Psykososiaalista hoitoa ja tukea voitaisiin liittää myös sellaisten vankien lääkehoitoon, jotka ovat osallistuneet STOP-ohjelmaan vankilassa. Myös näissä tapauksissa psykososiaalisen hoidon ja tuen tarve arvioitaisiin vankikohtaisesti muun muassa riski- ja tarvearvioon ja rangaistusajan suunnitelman noudattamiseen perustuen.

Työryhmä katsoo, että valvottuun koevapauteen pääseminen sitoutumalla noudattamaan erikseen määrättyä lääkehoitoa tulisi myöhemmin mahdollistaa myös muille vankiryhmille kuin seksuaalirikoksista tuomituille. Muussa tapauksessa järjestelmä saattaisi vaarantaa vankien yhdenvertaisuutta. Työryhmä ei ole kuitenkaan käsitellyt tätä asiaa laajemmin kuin toimeksiannossa on edellytetty.

9.5. Menettely ja päätösvalta

Kuten edellä on todettu lääkehoidon vaikutusten ja sivuvaikutusten hallitseminen vaatii erityisosaamista, minkä vuoksi tämä osaaminen tulisi työryhmän käsityksen mukaan Suomessa keskittää yhteen taikka korkeintaan muutamaaan terveydenhuollon yksikköön. Tällaiseksi asiantuntijayksiköksi soveltuu työryhmän käsityksen mukaan parhaiten Psykiatrinen vankisairaala, jolla on jo entuudestaan kokemusta vaarallisuusarvioinneista ja seksuaalirikollisten lääkehoidosta. Psykiatrisella vankisairaallalla on kaksi yksikköä, Turussa ja Vantaalla.

Työryhmä ehdottaa, että lääkehoidon aloittamisesta päättäisi aina Psykiatrinen vankisairaala, joka erikoistuisi seksuaalirikollisille tarkoitettua lääkettä koskeviin kysymyksiin.

Lääkeaineet saattavat aiheuttaa sivuvaikutuksia, minkä vuoksi lääkehoitoon tulee aina liittää jatkuva terveydentilan tarkkailu verikokeineen. Samalla kontrolloidaan, että valvotussa koevapaudessa ja ehdonalaisessa vapaudessa oleva noudattaa hänelle annettuja lääkkeitä koskevia määräyksiä. Valvotussa koevapaudessa ja ehdonalaisessa vapaudessa oleva olisi velvollinen osallistumaan hoidon turvallisuuden varmistamiseksi ja lääkehoidon valvomiseksi tarpeellisiin laboratoriokokeisiin. Tämä valvonta voitaisiin työryhmän käsityksen mukaan parhaiten järjestää terveyskeskuksissa

Työryhmä ehdottaa säännöstä siitä, että valvotussa koevapaudessa ja ehdonalaisessa vapaudessa oleva olisi velvollinen osallistumaan hoidon turvallisuuden varmistamiseksi ja lääkityksen käytön valvomiseksi välttämättömiin laboratoriokokeisiin. Työryhmä ehdottaa myös, että lääkehoidon valvonta järjestettäisiin perusterveydenhuollon yksiköissä.

Lääkehoitoa ja psykososiaalista tukea koskevat määräykset tulisi sisällyttää kunkin vangin valvottua koevapautta koskevaan toimeenpanosuunnitelmaan. Toimeenpanosuunnitelman sisältöä koskevat säännökset sisältyvät vankeudesta annetun valtioneuvoston asetuksen (509/2006) 74 §:ään, jota tulisi täydentää tältä osin. Valvontasuunnitelmaa koskevat säännökset ovat ehdonalaisen vapauden valvonnasta annetun lain (782/2001) 5 §:ssä ja valtioneuvoston asetuksen (511/2006) 3 §:ssä. Molemmat säännökset perustuvat vankeuslain 4 luvun 6 §:ssä tarkoitettuun vangin rangaistusajan suunnitelmaan. Valvotun koevapauden toimeenpanosuunnitelman vahvistaa sijoittajayksikön johtaja. Sijoittajayksikön johtaja päättäisi viime kädessä, voidaanko Vankeinhoitolaitoksen lääkärin määräämä lääkehoito liittää osaksi valvottua koevapautta.

Jos lääkehoitoa saava valvotussa koevapaudessa tai ehdonalaisessa vapaudessa kärsii esimerkiksi sellaisista sivuvaikutuksista, että lääkehoito tulee terveydellisistä syistä keskeyttää, asiaa koskeva päätös tulee voida tehdä viipymättä. Tämän vuoksi on tärkeää, että lääkehoitoa valvovalla lääkärillä, yleensä siis terveyskeskuslääkärillä, on päätösvalta väliaikaisesti keskeyttää lääkehoito. Koska lääkehoidon sivuvaikutusten tunnistaminen ja todentaminen vaatii erikoisosaamista ja erikoistumista, työryhmä pitää erittäin tärkeänä, että lääkehoidon lopettamista koskevan lopullisen päätöksen tekisi asiaan perehtynyt Vankeinhoitolaitoksen lääkäri. Tämä on tärkeää sen vuoksi, että mahdolliset väärinkäytösyrietykset voi-

taisiin estää. Yleensä päätösvaltaa käyttäisi Psykiatrisen vankisairaalan lääkäri. Alueellisen kattavuuden varmistamiseksi myös osa muista Vankeinhoitolaitoksen lääkäreistä voitaisiin kouluttaa tähän tehtävään. Asiasta voitaisiin säätää tarkemmin valtioneuvoston asetuksella. On selvää, ettei lääketieteellisistä syistä aiheutuvasta lääkehoidon keskeytymisestä aiheutuisi valvottavalle seuraamuksia.

Työryhmä ehdottaa, että kiireellisissä tapauksissa lääkehoitoa valvovalla lääkärillä, yleensä terveystieteellisen lääkärillä olisi päätösvalta lääkehoidon väliaikaisesta muuttamisesta tai lopettamisesta. Päätös olisi kuitenkin välitettävä Vankeinhoitolaitoksen lääkärille, joka tekisi lopullisen päätöksen lääkehoidosta.

9.6. Lääkehoitoa tai muuta hoitoa koskevan määräyksen rikkominen

Hoitomääräyksen tai hoidon valvontaa koskevan määräyksen rikkomisesta valvotun koevapauden aikana seuraisi varoitus tai valvotun koevapauden peruuttaminen määräajaksi tai suorittamatta olevan koevapauden pituiseksi ajaksi. Seuraamus riippuisi rikkomuksen laadusta. Lievissä tapauksissa koevapaudessa olevalle voitaisiin antaa varoitus. Esimerkiksi tapauksessa, jossa valvottava myöhästynyt etukäteen sovitusta virtsa- tai verinäytteen antamistilaisuudesta, valvottavalle voitaisiin antaa varoitus. Jos valvottava lopettaisi lääkehoidon ilman Vankeinhoitolaitoksen lääkärin päätöstä, valvottu koevapaus pääsääntöisesti peruutettaisiin.

Työryhmä ehdottaa, että lääkehoitoa tai sen valvontaa koskevien määräysten rikkomisesta seuraisi rikkomuksen laadusta riippuen varoitus tai valvotun koevapauden peruuttaminen enintään suorittamatta olevan valvotun koevapauden pituiseksi ajaksi.

Työryhmä ehdottaa myös, että nykyistä rikoslain 2 c luvun 8 §:n säännöstä muutettaisiin siten, että nykyisen enintään yhden kuukauden määräajan sijasta valvottu koevapaus voitaisiin peruuttaa muunkin pituiseksi määräajaksi.

Lääkehoitoon sitoutuneen valvottavan on sitouduttava lääkehoitoa sekä psykososiaalista hoitoa ja tukea koskevien määräysten noudattamiseen myös ehdonalaissa vapauksissa. Hoitomääräysten noudattamatta jättäminen ehdonalaisten vapauksien aikana johtaisi seuraukseen, joka olisi vakavuudeltaan riittävä ehkäisemään lääkehoitoa koskevan ehdon rikkomisen.

Valvontasuunnitelmaan sisältyvän lääkehoitoa koskevan määräyksen noudattamatta jättämisestä annettaisiin valvottavalle ensiksi kirjallinen kehoitus valvontasuunnitelman noudattamiseen. Lievästä ja yksittäisestä ehtojen rikkomisesta välittömästi seuraavaa vankeusrangaistusta ei enää ehdonalaissa vapauksissa voida pitää kohtuullisena seurauksena. Lääkehoidon lopettaminen kokonaan tai ehtojen toistuva rikkominen johtaisi kuitenkin ehdonalaisten vapauksien tuomitsemiseen menetetyksi. Vankeuden pituus riippuisi menestyksellisesti suoritettujen valvotun koevapauden ja ehdonalaisten vapauksien pituudesta. Jos valvottava rikkoisi ehtoja (toistamiseen) vasta ehdonalaisten vapauksien loppupuolella, määrättävä

vapaudenmenetys olisi lyhyempi kuin hänen rikkoessaan määräystä heti ehdonalaisesti vapauduttuaan.

Hoitoehdon rikkomisesta valvotussa koevapaudessa seuraavan vankeuden enimmäispituus olisi sama kuin vangilla suorittamatta olevan valvotun koevapauden pituus.

Kun rikkomus tapahtuu ehdonalaisessa vapaudessa, menettely olisi pääosin sama kuin nykyisin valvottavalle kuuluvien ehtojen rikkomistapauksessa. Kriminaalihuoltolaitos ilmoitaisi asiasta syyttäjälle ja syyttäjä veisi asian tuomioistuimen käsiteltäväksi. Päätösvalta asiassa olisi tuomioistuimella, kuten nykyisinkin ehtojen rikkomistapauksissa.

Työryhmä ehdottaa, että lääkehoitoa tai muuta hoitoa koskevan määräyksen rikkomisesta ehdonalaisessa vapaudessa seuraisi ensi vaiheessa kehoitus valvontasuunnitelman noudattamiseen. Jos valvottava kokonaan lopettaa lääkehoidon tai ei kehoituksesta huolimatta noudata valvontasuunnitelman määräyksiä, ehdonalainen vapaus voitaisiin tuomioistuimen päätöksellä määrätä menetetyksi. Menetetyksi määrittämisen enimmäisaika olisi kaksi kuukautta. Seuraamus suoritettaisiin ilman mahdollisuutta ehdonalaiseen vapautumiseen.

9.7. Lääkehoito koko rangaistuksen suorittamisesta ja elinkautisesta vankeudesta ehdonalaiseen vapauteen päästäessä

Elinkautista vankeusrangaistusta suorittavalle voitaisiin asettaa valvotussa koevapaudessa ja ehdonalaisessa vapaudessa noudatettaviksi samanlaisia lääkehoitoa ja muuta hoitoa koskevia määräyksiä kuin muillekin vapautettaville. Koska elinkautisesta vankeusrangaistuksesta pääsee ehdonalaiseen vapauteen vain harkinnanvaraisesti, hoitomääräys olisi yksi kokonaisvaltaisessa vapauttamisharkinnassa huomioon otettava seikka. Yksilöllisesti määrättävä hoito voisi parantaa elinkautisvangin edellytyksiä rikoksettomaan elämään vapaudessa, joten sen käyttö voisi olla perusteltua myös tässä ryhmässä.

Vastaavasti koko rangaistusta suorittavien mahdollisuus päästä ehdonalaiseen vapauteen on aina harkinnanvaraista. Näissäkin tapauksissa lääkehoito voi olla yksi vapauttamisharkinnassa huomioon otettava peruste.

Työryhmä ehdottaa, että hoitomääräyksen noudattamiseen sitoutuminen olisi yksi kokonaisvaltaisessa vapauttamisharkinnassa huomioon otettava seikka elinkautisesta vankeudesta ja koko rangaistuksen suorittamisesta vapautettaessa.

9.8. Työryhmän arvio ehdotuksen suhteesta perusoikeuksiin

Työryhmä on myös pohtinut ehdotustensa suhdetta perusoikeuksiin. Työryhmän ehdotuksilla on kytkeä erityisesti perustuslain 7 §:n 1 ja 3 momenttiin. Perustuslain 7 §:n 1 momentin mukaan jokaisella on oikeus elämään sekä henkilökohtaiseen koskemattomuuteen ja turvallisuuteen. Perustuslain 7 §:n 3 momentissa on (kvalifioitu) lakivaraus, jonka

mukaan henkilökohtaiseen koskemattomuuteen ei saa puuttua eikä vapautta riistää mielivaltaisesti eikä ilman laissa säädettyä perustetta. Työryhmän ehdotuksilla on liittymäkohtia myös perustuslain 10 §:ssä turvattuun yksityiselämän suojaan. Työryhmän ehdotusten valtiosääntöoikeudellisessa arvioinnissa on kiinnitettävä huomiota myös vangin suostumuksen merkitykseen lääkehoidon edellytyksenä.

Perustuslakivaliokunta on katsonut, että perusoikeusrajoituksen kohteeksi joutuvan henkilön suostumuksella voi olla merkitystä valtiosääntöoikeudellisessa arvioinnissa. Perustuslakivaliokunta on lausunnoissaan ottanut kantaa siihen, millaista suostumusta voidaan pitää oikeudellisesti relevanttina. Perustuslakivaliokunta on lähtenyt siitä, ettei perusoikeussuoja voi oikeudellisena kysymyksenä menettää merkitystään pelkästään siksi, että laissa säädetään jonkin toimenpiteen vaativan kohdehenkilön suostumuksen. Valiokunta on edellyttänyt suostumuksen varaisesti perusoikeussuojaan puuttuvalta lailta muun muassa tarkkuutta ja täsmällisyyttä, säännöksiä suostumuksen antamisen ja sen peruuttamisen tavasta, suostumuksen vapaaseen tahtoon perustuvuuden varmistamista sekä sääntelyn välttämättömyyttä. Perustuslakivaliokunta on kiinnittänyt huomiota myös suostumuksen aitouteen sekä sen varmistamiseen, että suostumuksen antaja tietää ja ymmärtää suostumuksen merkityksen.

Työryhmän ehdotukseen sisältyvät nimenomaiset säännökset velvollisuudesta selvittää vangille lääkehoidon vaikutukset, mikä on asetettu lääkärin velvollisuudeksi. Lääkehoitoon sitoutuminen tapahtuu ehdotuksen mukaan vangin suostumuksen perusteella ja kirjallisessa muodossa. Lisäksi säännöksessä on sijoittajayksikön johtajalle asetettu nimenomainen velvollisuus selostaa vangille, mitä vaikutuksia lääkehoitoon sitoutumisella ja lääkehoidon lopettamisella on. Jos hän ei valitsisi lääkehoitoa, hän suorittaisi rangaistuksen normaalisti vankilassa ehdonalaiseen vapauteen päästen. Poissuljettua ei olisi myöskään seksuaalirikoksesta tuomitun vangin päästäminen valvottuun koevapauteen, vaikka vanki ei sitoutuisikaan lääkehoitoon. Tämä edellyttäisi, että kaikki muut laissa asetetut valvotun koevapauden edellytykset täytyisivät. Työryhmä katsoo, että ehdotettu sääntely on perustuslakivaliokunnan linjausten mukainen.

Keskeisiä säännöksiä perusoikeuksien yleisiä rajoittamisedellytyksiä pohdittaessa ovat ehdotetun vankeuslain 19 a luvun 2 § (hoitomääräys koevapauden ehtona), 3 § (lääkehoidon valvonta), 4 § (valvotun koevapauden rikkomisen seuraamukset) 6 § (tiedon antaminen lääkehoitoa koskevien määräysten noudattamisesta) sekä ehdonalaisen vapauden valvonasta annetun lain 6 §:n momentti (velvollisuus antaa virtsa- tai verinäyte), 6 a § (tiedon antaminen lääkehoitoa koskevien määräysten noudattamisesta) ja 10 a § (lääkehoitoa tai muuta hoitoa koskevan määräyksen rikkominen ehdonalaisessa vapaudessa).

Lääkemääräys koevapauden ehtona merkitsee henkilön suostumuksella tapahtuvaa puuttamista henkilökohtaiseen koskemattomuuteen, minkä vuoksi työryhmän säännöstä on arvioitava yleisten perusoikeuksien rajoittamisedellytysten lisäksi myös perustuslain 7 §:n 3 momentissa tarkoitetun lakivarauksen valossa. Yleisistä rajoitusedellytyksistä lailla säätämisen vaatimus ja täsmällisyys- ja tarkkarajaisuusvaatimus toteutuvat työryhmän ehdotuksessa. Lääkehoidon kestoa ei määrättäisi täsmällisesti laissa, koska se olisi aina harkittava lääketieteellisin kriteerein yksittäisessä tilanteessa. Kattona on ehdonalaisen vapauden kokonaispituus, joka on suorittamatta olevan jäännösrangaistuksen pituinen. Enimmäispituus on voimassa olevan lain mukaan kolme vuotta. Valvotun koevapauden kokonaissääntelyssä

lääkehoitoon sitoutuminen olisi yhtenä erityisedellytyksenä muiden laissa jo mainittujen koevapauden edellytysten rinnalla.

Lääkehoidon tarkoituksena olisi ehkäistä uusia seksuaalirikoksia. Edellä on todettu, että seksuaalirikokset aiheuttavat uhreille usein suurta ja pitkäaikaista kärsimystä. Tavoitteena on turvata muiden henkilöiden henkilökohtaista koskemattomuutta. Lääkehoitoa määrättäisiin vangeille, joilla arvioitaisiin olevan vähintään keskisuuri seksuaalirikoksen uusimisriski. Lääkehoitoa voidaan tällaisen uusimisriskin omaavilla vangeilla pitää painavan yhteiskunnallisen tarpeen vaatimana, joten rajoittamisperuste täyttää myös hyväksyttävyyksivaatimuksen. Rajoitukset olisivat usein myös välttämättömiä seksuaalirikoksesta tuomitun vangin päästämiseksi valvottuun koevapauteen. Valvottuun koevapauteen pääseminen merkitsee käytännössä vangin ehdonalaisen vapauttamisen aikaistamista. Lääkehoito yhdistettynä muuhun psykososiaaliseen hoitoon ja tukeen auttaisi valvottavaa selviämään ilman rikoksia vapaudessa. Lääkehoidolla ei ole pysyviä vaikutuksia. Näillä perusteilla voidaan katsoa, että myös perusoikeusrajoitusten edellytyksistä myös suhteellisuusvaatimus täyttyy.

Vaikka lääkehoidolla on vaikutuksia henkilön seksuaaliviettiin, nämä vaikutukset eivät ole pysyviä vaan normaali seksuaalivietti palautuu tutkimusten mukaan noin puolessa vuodessa lääkehoidon lopettamisesta. Työryhmän saaman selvityksen mukaan joissakin tapauksissa seksuaalivietin lamaantuminen määrääjäksi on merkinnyt seksuaalirikolliselle jopa häntä itseään helpottavana vapautumista pakkomielteen omaisista seksuaalisista mielikuvista.

Edellä 8 luvussa on selostettu Euroopan neuvoston yleissopimusta lasten hyväksikäytön estämisestä. Yleissopimusta ollaan parhaillaan ratifioimassa Suomessa. Työryhmän ehdotus on yleissopimuksesta ilmenevien periaatteiden ja linjausten mukainen.

Lääkehoidon valvontaa koskevat säännökset ovat välttämättömiä lääkehoidon ja sen vaikutusten seuraamisen kannalta. Veri- ja virtsanäytteiden antaminen merkitsee vähäistä puuttumista henkilökohtaiseen koskemattomuuteen. Valvottavan terveydentilan ja lääkehoidon noudattamisen valvomiseksi näytteitä otettaisiin tietyin aikaväleihin ilman yksittäisessä tapauksessa herännyttä epäilyä. Muutoin työryhmän ehdottama järjestelmä menettäisi uskottavuutensa. Valvonnasta päättäisi lääkäri. Lääkäri olisi velvollinen ilmoittamaan rangaistuksen täytäntöönpanoviranomaiselle lääkehoidon noudattamatta jättämisestä. Tällainen velvollisuus merkitsee vain vähäistä puuttumista valvottavan yksityiselämän suojaan.

Lääkehoidon rikkomisen seuraamukset on ehdotuksessa rakennettu siten, että lääkehoitoa koskevien määräysten noudattamatta jättämisestä ensi vaiheessa seuraisi varoitus (valvotussa koevapaudessa) tai kehoitus määräysten noudattamiseen (ehdonalaisessa vapaudessa). Vasta toistuvan rikkomuksen jälkeen valvottu koevapaus voitaisiin peruuttaa. Samaa periaatetta noudatettaisiin pääsääntöisesti myös ehdonalaisessa vapaudessa lääkehoitoa koskevia määräyksiä rikottaessa. Valvottu koevapaus voitaisiin peruuttaa enintään suorittamatta olevaa valvottua koevapautta vastaavaksi ajaksi. Ehdonalainen vapaus voitaisiin määrätä menetetyksi vähintään neljäksi päiväksi ja enintään kahdeksi kuukaudeksi, mistä tuomioistuimella olisi harkintavalta.

Valvottavan oikeusturvaa vahvistaisi mahdollisuus hakea muutosta valvotun koevapauden peruuttamiseen. Ehdonalaisen vapauden menettämisestä päättäisi jo ensi asteena tuomioistuim.

9.9. Työryhmän arvio ehdotuksen kustannuksista

Työryhmä on edellä arvioinut, että lääkehoitoa käytettäisiin liitettynä valvottuun koevapauteen silloin, kun seksuaalirikoksesta tuomitun vangin uusimisriski arvioidaan keskiuureksi tai tätä suuremmaksi. Työryhmä arvioi, että lääkehoitoon osallistuisi enintään 10 henkilöä vuosittain.

Työryhmän saaman selvityksen mukaan lääkehoidon kustannukset ovat kokonaisuudessaan vähäisiä. Esimerkiksi triptoreliini- tai leuproreliini-injektiohoito maksaa 5,83 euroa vuorokaudelta. Suun kautta otettava syproteroniasetaatti keskimääräisellä ylläpitoannoksella (100 mg vuorokaudessa) maksaa 2,64 euroa vuorokaudelta. Näiden lääkkeiden yhteishinta olisi 8,47 euroa vuorokaudessa.

Muut seksuaalirikollisten lääkehoidossa kyseeseen tulevat lääkkeet, ennen muuta SSRI-lääkkeet ja Antabus, ovat olennaisesti halvempia. Esimerkiksi pitkävaikutteisoin SSRI-lääke keskiuurella annoksella (fluoksetiini 40 mg vuorokaudessa) maksaisi 16 senttiä vuorokaudelta. Antabus tyyppillisellä ylläpitoannoksella (600 mg kahdesti viikossa) maksaa 22 senttiä vuorokaudessa. Hinnat on laskettu kokonaiskuluina ilman korvauksia.

Jos vanki aloittaisi lääkehoidon esimerkiksi kaksi kuukautta ennen valvottuun koevapauteen pääsemistään ja käyttäisi lääkehoitoa kolmen kuukauden valvotun koevapauden ja seitsemän kuukauden ehdonalaisen vapauden ajan, lääkehoidon kokonaiskesto olisi 12 kuukautta. Yhdistelmälääkehoidon kokonaishinta olisi 12 kuukaudelta 3 050 euroa. Vastaavasti SSRI-lääkityksen kokonaishinta olisi 12 kuukaudelta vain noin 60 euroa.

Jos esimerkiksi seitsemän vankia saisi yhdistelmähoitoa ja kolme käyttäisi SSRI-valmisteita, 10 lääkehoitoa saavan henkilön lääkehoidon kokonaiskustannukset olisivat vuodessa yhteensä noin 22 000 euroa.

Työryhmän ehdotuksen mukaan lääkehoitoon voitaisiin liittää muuta psykososiaalista hoitoa ja tukea. Tällaisen hoidon ja tuen kustannukset vaihtelevat huomattavasti hoidon ja tuen laadun ja tiheyden mukaan. Työryhmän arvion mukaan kustannukset vaihtelisivat 5 000 eurosta 15 000 euroon vuodessa henkilöä kohden. Tämä olisi 500 - 1 500 euroa kuukaudessa.

Psykososiaalinen hoito kestäisi työryhmän arvion mukaan kuudesta kuukaudesta kolmeen vuoteen yksittäisen vangin hoidon tarpeesta ja käyntikertojen tiheydestä riippuen. Jos esimerkiksi viidelle vangille määrättäisiin vuoden kestävä hoitajakso, psykososiaalisen hoidon kokonaiskustannukset olisivat yhteensä 60 000 - 180 000 euroa vuodessa. Näin arvioiden kokonaiskustannukset lääkehoidosta ja muusta psykososiaalisesta hoidosta olivat enintään 200 000 euroa vuodessa, jos lääkehoitoa saavia edellä kerrotulla tavalla olisi yhteensä 10. Keskimääräiset lääkekustannukset ja psykososiaalisen hoidon kustannukset olisivat edellä kerrotulla tavalla toteutettuna noin 20 000 euroa valvottavaa kohden vuodessa. Säästettyjen

vankipaikkojen kokonaiskustannukset olisivat noin 135 000 euroa, jos kymmenen vankia saisi lääkehoitoa valvotussa koevapaudessa keskimäärin kolmen kuukauden ajan.

Työryhmän saaman selvityksen mukaan psykoterapeutteja on Suomessa yhteensä 4 550, joista suurin osa on sijoittunut Etelä-Suomen lääniin ja Länsi-Suomen lääniin. Työryhmä arvioi, että joissakin osissa Suomea saattaisi psykoterapeuttisen hoidon saatavuudessa esiintyä ongelmia.

Lisäksi kuluja koituisi tapauskohtaisesti lääkärintutkimuksista ja laboratoriokokeista. Samoin kuluja aiheutuisi Psykiatriselle vankisairaallalle vankien tutkimusjaksoista, joiden aikana arvioitaisiin vangin soveltuvuus hoitoon ja hoidon tarve. Myös henkilökunnan koulutuksesta aiheutuisi jonkin verran kuluja.

Lisäksi Vankeinhoitolaitokselle ja Kriminaalihuoltolaitokselle aiheutuisi jonkin verran lisätehtäviä ja -kustannuksia valvonnasta. Jos lääkehoitoa saavien rikoksentehtäjäiden määrä olisi enintään 10 vuodessa ja valvottavat jakautuisivat ympäri Suomea, lääkehoidon toteuttaminen ei vaatisi uusia henkilökuntaresursseja.

STOP-ohjelmaa toteutetaan Riihimäen vankilassa kahdessa ryhmässä. Yhteen ryhmään mahtuu enintään kahdeksan vankia, joten enintään 16 vankia voi olla ohjelmassa yhtä aikaa. Ohjelman toteutukseen osallistuu yksi psykologi ja kuusi ohjaajaa. STOP-ohjelman toteuttamisessa tarvittavan henkilökunnan palkkamenot ovat noin 330 000 euroa vuodessa. Työryhmän arvion mukaan lääkehoidon mahdollistaminen ei lisäisi STOP-ohjelmaan osallistuvien vankien määrää, joten tästä ei aiheutuisi lisäkustannuksia.

Läkehoidosta, muusta psykososiaalisesta hoidosta ja tuesta ja hoitomääräyksen valvonnasta aiheutuvat kustannukset ovat rangaistusten täytäntöönpanoon kuuluvia kustannuksia, vaikka ne syntyvätkin valvotussa koevapaudessa ja ehdonalaisessa vapaudessa. Työryhmän käsityksen mukaan valtion tulisi vastata kustannuksista. Tätä puoltaa myös se, että tuomitujen halukkuus ja motivaatio hoitoon olettavasti vähenisivät huomattavasti, jos he joutuisivat maksamaan nämä kustannukset omilla varoillaan.

Työryhmä ehdottaa, että lääkehoidon ja lääkehoidon valvonnasta aiheutuvat kustannukset maksettaisiin valtion varoista.

9.10. Työryhmän ehdottama lakitekhninen ratkaisu

Työryhmä on valmistellut lääkehoidosta alustavat pykäläehdotukset, jotka sisältyvät mietinnön liitteeseen 1. Työryhmän käsityksen mukaan selkein lakitekhninen ratkaisu on, että lääkehoitoa valvotussa koevapaudessa koskevat säännökset sijoitetaan vankeuslain uuteen 19 a lukuun. Samalla rikoslain 2 c luvun 8 §:n 2—5 momentin säännökset siirrettäisiin vankeuslakiin, jonne ne sisältönsä puolesta selvästi kuuluvat.

Säännökset lääkehoidosta ehdonalaisen vapauden aikana lisättäisiin työryhmän ehdotuksen mukaan ehdonalaisen vapauden valvonnasta annettuun lakiin. Myös kansanterveyslakiin (66/1972) työryhmä ehdottaa selventävää säännöstä lääkehoidon valvonnan järjestämisestä.

Vastaava säännös tulisi sisällyttää sosiaali- ja terveysministeriössä parhaillaan valmisteilla olevaan uuteen terveydenhuoltolakiin.

Työryhmä ehdottaa seksuaalirikollisten lääkettä koskevaa uutta sääntelyä sijoitettavaksi vankeuslakiin siltä osin kuin on kysymys hoidosta valvotun koevapauden aikana ja ehdonalaisen vapauden valvonnasta annettuun lakiin siltä osin kuin on kysymys hoidosta ehdonalaisen vapauden aikana.

Laki

rikoslain 2 c luvun muuttamisesta

8 §

Valvotun koevapauden edellytykset

Vangin yhteiskuntaan sijoittumisen edistämiseksi hänet voidaan sijoittaa vankilan ulkopuolelle teknisin välinein tai muulla tavoin erityisesti valvottuun koevapauteen enintään kuusi kuukautta ennen ehdonalaista vapauttamista.

(nykyiset 2-5 mom. siirretään vankeuslakiin)

10 §

Ehdonalainen vapauttaminen elinkautisesta vankeudesta

Elinkautiseen vankeuteen tuomittu voidaan päästää ehdonalaiseen vapauteen aikaisintaan, kun vankilassaoloaikaa on kertynyt kaksitoista vuotta. Kahtakymmentäyhtä vuotta nuorempana tehdystä rikoksesta elinkautiseen vankeuteen tuomittu vanki voidaan päästää ehdonalaiseen vapauteen aikaisintaan, kun vankilassaoloaikaa on kertynyt kymmenen vuotta.

Harkittaessa kysymystä ehdonalaisesta vapauttamisesta kiinnitetään huomiota elinkautiseen vankeusrangaistukseen johtaneen rikoksen tai rikosten laatuun, tuomitun mahdolliseen myöhempään rikollisuuteen sekä 9 §:n 2 momentissa tarkoitettuihin seikkoihin. Vapauttamisharkinnassa tulee ottaa huomioon vankeuslain 4 luvun 6 §:ssä tarkoitetun rangaistusajan suunnitelman toteutuminen ja vankila-aikainen käyttäytyminen muutenkin. *Harkinnassa voidaan myös ottaa huomioon vangin sitoutuminen noudattamaan lääkehoitoa koskevia määräyksiä ja muita ehtoja, joista säädetään vankeuslain 19 a luvun 2 §:ssä.*

Ennen kuin elinkautiseen vankeuteen tuomittu päästetään ehdonalaiseen vapauteen,

hänet voidaan määrätä valvottuun koevapauteen. Jos Rikosseuraamusvirasto katsoo, että koevapauden aikana tapahtuneen rikoksen vuoksi 2 momentissa tarkoitettua vapauttamista on harkittava uudelleen, sen on saatettava asia Helsingin hovioikeuden uudelleen käsiteltäväksi.

Asian käsittelystä Helsingin hovioikeudessa säädetään pitkäaikaisvankien vapauttamismenettelystä annetussa laissa (781/2005).

12 §

Uusi käsittely tuomioistuimessa

Koko rangaistusaikaa suorittamaan määrätty päästetään ehdonalaiseen vapauteen hänen suoritettuaan rangaistuksesta viisi kuudensosaa, jos häntä ei enää ole pidettävä erittäin vaarallisena toisen hengelle, terveydelle tai vapaudelle. *Harkinnassa voidaan myös ottaa huomioon vangin sitoutuminen noudattamaan lääkehoitoa koskevia määräyksiä ja muita ehtoja, joista säädetään vankeuslain 19 a luvun 2 §:ssä.* Ehdonalainen vapauttaminen voi tämän momentin mukaan tapahtua aikaisintaan, kun vankilassaoloaikaa on kertynyt kolme vuotta.

Ennen ehdonalaista vapauttamista vanki voidaan määrätä valvottuun koevapauteen. Jos Rikosseuraamusvirasto katsoo, että koevapauden aikana tapahtuneen rikoksen vuoksi 1 momentissa tarkoitettua vapauttamista on harkittava uudelleen, sen on saatettava asia Helsingin hovioikeuden uudelleen käsiteltäväksi.

Jollei koko rangaistusaikaa suorittamaan määrättyä päästettyä ehdonalaiseen vapauteen, hänet sijoitetaan valvottuun koevapauteen kolme kuukautta ennen vapauttamista.

Asian käsittelystä Helsingin hovioikeudessa säädetään pitkäaikaisvankien vapauttamismenettelystä annetussa laissa.

Laki

vankeuslain muuttamisesta

19 a luku (uusi)

Valvottu koevapaus

1 §

Valvotun koevapauden edellytykset

Sen lisäksi, mitä rikoslain 2 c luvussa säädetään, valvotun koevapauden edellytyksenä on, että:

1) koevapaus edistää vankeuslain 4 luvun 6 §:n mukaisen rangaistusajan suunnitelman toteutumista;

2) vangin rangaistusaikaisesta käyttäytymisestä, hänen henkilöstään ja rikollisuudestaan saatujen tietojen perusteella koevapauden ehtojen noudattamista voidaan pitää todennäköisenä;

3) vanki sitoutuu olemaan käyttämättä päihdyttäviä aineita ja rikoslain 44 luvun 16 §:ssä tarkoitettuja dopingaineita ja sitoutuu vankeuslain 16 luvun 7 §:n 3 momentissa tarkoitettuun päihteettömyyden valvontaan;

4) vanki sitoutuu noudattamaan yhteydenpitovelvoitetta ja muita laitoksen ulkopuolella liikkumiseen ja toimintaan osallistumiseen liittyviä välttämättömiä kirjallisia ehtoja;

5) koevapauden ehtojen noudattamista voidaan soveltuvin tavoin valvoa; ja

6) vanki suostuu siihen, että vankeinhoitoviranomaiset ovat tarpeellisessa määrin yhteydessä viranomaisiin, yksityisiin yhteisöihin ja henkilöihin koevapauden edellytysten selvittämistä taikka ehtojen noudattamista koskevissa asioissa.

2 §

Hoitomääräys koevapauden ehtona

Valvotun koevapauden ehdoksi voidaan asettaa, että vanki sitoutuu noudattamaan hänelle seksuaalivietin hillitsemiseksi ja uuden rikoksen ehkäisemiseksi asetettuja lääkehoitoa koskevia määräyksiä. Lääkehoitoon voidaan tarvittaessa liittää psykososiaalista hoitoa ja tukea koskevia määräyksiä. Tällöin ehdoksi asetetaan myös, että vanki sitoutuu lääkehoidon sekä lääkehoitoon mahdollisesti liitetyn psykososiaalisen hoidon ja tuen jatkamiseen ja lisäksi määräysten noudattamisen valvontaan ehdonalaisessa vapaudessa.

Vangin on annettava suostumuksensa hoitoon lääkärille kirjallisesti. Lääkärin on ennen suostumuksen antamista selvitettävä vangille lääkehoidon vaikutukset.

Sijoittajayksikön on selvitettävä vangille lääkehoidon lopettamisesta aiheutuvat seuraamukset, joista säädetään 4 §:ssä ja ehdonalaisen vapauden valvonnasta annetun lain 10 a §:ssä.

3 §

Lääkehoidon valvonta

Lääkehoitoon sitoutuneen vangin on annettava virtsa- tai verinäytteet, jotka ovat välttämättömiä lääkityksen käytön valvomiseksi ja hoidon turvallisuuden varmistamiseksi.

Lääkehoidon valvonnasta säädetään kansanterveyslain (66/1972) 14 §:n 2 momentissa.

4 §

Valvotun koevapauden ehtojen rikkominen

Jos valvotun koevapauden edellytykset eivät enää päätöksen tekemisen jälkeen täyty, koevapaus peruutetaan. Jos vanki rikkoo 1 §:n 1 momentin 3 tai 4 kohdassa taikka 2 tai 3 §:ssä tarkoitettuja ehtoja, vangille annetaan varoitus tai koevapaus peruutetaan määräjäksi tai kokonaan, kuitenkin enintään suorittamatta olevan koevapauden pituiseksi ajaksi. Näin menetellään myös 3 momentissa tarkoitettussa tilanteessa.

Rangaistusajaksi ei lueta aikaa sen vuorokauden alusta, jolloin vanki rikkoo 1 §:n 2 momentin 4 kohdan perusteella asetettua yhteydenpitovelvoitetta, sen vuorokauden loppuun, jolloin yhteydenpito jatkuu tai hänet otetaan kiinni vankilaan palauttamista varten.

Jos vanki tekee vankilan ulkopuolella rikoksen, noudatetaan, mitä rikoslain 2 luvun 13 §:n 2 momentissa säädetään.

Muutoksenhausta 1 momentissa tarkoitettuun päätökseen säädetään 20 luvussa.

5 §

Lääkehoidon kustannukset

Edellä 2 §:ssä tarkoitettusta lääkehoidosta ja lääkehoidon valvonnasta aiheutuvat kustannukset maksetaan valtion varoista.

6 §

Tiedon antaminen lääkehoitoa koskevien määräysten noudattamisesta

Lääkärillä on salassapitovelvollisuuden esittämättä velvollisuus antaa täytäntöönpanoviranomaiselle tieto lääkehoitoa koskevien määräysten noudattamisesta.

7 §

Päätösvalta

Sijoittajayksikön johtaja päättää valvottuun koevapauteen sijoittamisesta ja sen peruuttamisesta.

Rikosseuraamusvirasto päättää valvottuun koevapauteen määräämisestä sekä valvotun koevapauden peruuttamisesta ja valvotun koevapauden rikkomisen muista seuraamuksista, kun kyse on rikoslain 2 c luvun 10 §:n 3 momentissa tarkoitettusta elinkautisesta vankeudesta tai saman luvun 11 ja 12 §:ssä tarkoitettua koko rangaistuksen suorittamisesta vankilassa.

Edellä 2 §:ssä tarkoitetun lääkehoidon aloittamisesta ja lopettamisesta päättää Vankeinhoitolaitoksen lääkäri. Kiireellisessä tapauksessa lääkehoidosta voi päättää myös kansanterveyslain 14 §:n 2 momentissa tarkoitettu lääkäri. Tieto väliaikaisesta keskeyttämisestä välitetään viipymättä Vankeinhoitolaitoksen lääkärille, joka tekee lopullisen päätöksen lääkehoidosta.

Vankilan johtaja päättää valvotun koevapauden rikkomisen seuraamuksista.

8 §

Tarkemmat säännökset

Tarkemmat säännökset hoitomääräyksen valvonnasta annetaan valtioneuvoston asetuksella.

Laki

ehdonalaisen vapauden valvonnasta annetun lain muuttamisesta

4 §

Valvontaan asettaminen

Ehdonalaiseseen vapauteen päästettävä vanki asetetaan valvontaan, jos:

- 1) koeaika on pitempi kuin yksi vuosi;
- 2) rikos on tehty alle 21-vuotiaana;
- 3) vanki on sitoutunut noudattamaan vankeuslain 19 a luvun 2 §:ssä tarkoitettua hoitomääräystä; tai
- 4) vanki itse sitä pyytää.

Vanki voidaan 1 momentissa säädetyn esittämättä jättää asettamatta valvontaan, jos valvonta on sen tarkoitus huomioon ottaen vangin odotettavissa olevan maasta poistamisen, vakavan sairauden tai muun erityisen syyn vuoksi selvästi tarpeetonta.

5 §

Valvonnan sisältö

Valvonta sisältää valvojan ja valvottavan säännöllisiä tapaamisia, joiden avulla seurataan valvottavan olosuhteita ja niissä tapahtuvia muutoksia ja joiden tarkoituksena on parantaa valvottavan kykyä kantaa vastuuta ja toimia yhteiskunnassa hyväksyttävällä tavalla. Valvontaan voi sisältyä myös sosiaalista toimintakykyä edistäviä tehtäviä tai ohjelmia. Valvontatapaamisia sekä valvontaan kuuluvia tehtäviä ja ohjelmia saa kuukausittain olla enintään 12 tuntia. Kuukausittainen tuntimäärä voi valvonnan aikana vaihdella sen mukaan kuin valvonnan tarkoituksenmukainen täytäntöönpano edellyttää.

Valvontatapaamisissa käsitellään erityisesti rikolliseen käyttäytymiseen vaikuttavia tekijöitä. Valvottavaa on myös avustettava yhteydenotoissa viranomaisiin ja muihin valvottavan elämäntilanteen järjestämisen kannalta tarpeellisiin tahoihin, ja hänet on ohjat-

tava tarvittavien tukitoimien ja palveluiden pariin.

Valvonnan tarkempi sisältö ilmenee valvontasuunnitelmasta, joka Kriminaalihuoltolaitoksen on laadittava valvottavan tarpeiden mukaan ennen valvontaan asetetun vapautumista siten, että suunnitelma voidaan ottaa käyttöön valvonnan alkaessa. Valvontasuunnitelmaa voidaan tarvittaessa muuttaa tai täydentää. Jos vanki asetetaan valvontaan 4 §:n 1 momentin 3 kohdan perusteella, valvontasuunnitelma sisältää myös määräykset läikehoidosta, psykososiaalisesta tuesta ja hoidosta sekä niiden noudattamisen valvonnasta.

Valvontasuunnitelma on sovittava yhteen rangaistusajan suunnitelman kanssa. Suunnitelmaa laadittaessa on tarpeellisessa määrin oltava yhteistyössä sijoittajayksikön, vankilan, vangin koti- tai asuinkunnan sekä muiden viranomaisten, yksityisten yhteisöjen ja henkilöiden kanssa.

6 §

Valvottavan velvollisuudet

Valvottava on velvollinen osallistumaan valvontasuunnitelman laatimiseen ja valvontasuunnitelmassa yksilöidyllä tavalla pitämään yhteyttä valvojaan.

Valvottavan on valvontatapaamisten yhteydessä ja muutenkin valvojan pyynnöstä annettava valvojalle tarpeelliset yhteystiedot samoin kuin työhön, asumiseen, koulutukseen, opiskeluun ja taloudelliseen tilanteeseensa liittyvät sekä muut vastaavat olosuhteita koskevat valvonnan kannalta tarpeelliset tiedot. Valvottavan on omaaloitteisesti ilmoitettava valvojalle mainituissa olosuhteissaan tapahtuneista olennaisista muutoksista.

Jos valvottava on sitoutunut vankeuslain 19 a luvun 2 §:ssä tarkoitettuun lääkehoitoon, hänen on annettava virtsa- tai verinäytteet, jotka ovat välttämättömiä lääkityksen käytön valvomiseksi ja hoidon turvallisuuden varmistamiseksi.

Valvottavan on noudatettava valvojan antamia valvonnan toteuttamiseksi tarpeellisia määräyksiä.

Valvottava ei saa valvontatapaamisessa olla alkoholin tai muun päihdyttävän aineen vaikutuksen alainen.

Valvottavalle on valvonnan alkaessa ilmoitettava niistä seuraamuksista, joita hänelle tämän pykälän mukaan kuuluvien velvollisuuksien rikkomisesta voi aiheutua.

6 a §

Tiedon antaminen lääkehoitoa koskevien määräysten noudattamisesta

Lääkärillä on salassapitovelvollisuuden estämättä velvollisuus antaa Kriminaalihuoltolaitokselle tieto lääkehoitoa koskevien määräysten noudattamisesta.

10 a §

Lääkehoitoa tai muuta hoitoa koskevan määräyksen rikkomisen ehdonalaisessa vapaudessa

Jos 4 §:n 1 momentin 3 kohdan perusteella valvontaan asetettu jättää noudattamatta lääkehoitoa tai muuta hoitoa koskevia valvontasuunnitelmaan kirjattuja määräyksiä, Kriminaalihuoltolaitoksen on annettava valvottavalle kirjallinen kehoitus noudattaa valvontasuunnitelmaan tältä osin.

Jos valvottava lopettaa lääkehoidon tai kehotuksesta huolimatta jättää noudattamatta valvontasuunnitelmaan sisältyviä lääkehoitoa koskevia määräyksiä, noudatetaan vastaavasti, mitä 10 §:n 2 ja 3 momentissa säädetään.

Jos tuomioistuin toteaa valvottavan menettelleen 2 momentissa tarkoitettulla tavalla, tuomioistuin voi määrätä ehdonalaisen va-

pauden menetetyksi vähintään neljäksi päiväksi ja enintään kahden kuukauden ajaksi.

11 a §

Lääkehoitoa koskevan määräyksen uudelleen harkinta ja valvonta

Lääkehoitoa koskeva määräys on otettava uudelleen harkittavaksi enintään kolmen kuukauden väliajoin.

Lääkehoidon lopettamisesta päättää Vankeinhoitolaitoksen lääkäri. Kiireellisessä tapauksessa lääkehoidosta voi päättää myös kansanterveystyönsuojelun 14 §:n 2 momentissa tarkoitettu lääkäri. Tieto väliaikaisesta keskeyttämisestä välitetään viipymättä Vankeinhoitolaitoksen lääkärille, joka tekee lopullisen päätöksen lääkehoidosta.

Lääkehoidon valvonnan järjestämisestä säädetään kansanterveystyönsuojelun (66/1972) 14 §:n 2 momentissa.

12 a §

Lääkehoidon kustannukset

Vankeuslain 19 a luvun 2 §:stä tarkoitettua lääkehoidosta ja lääkehoidon valvonnasta aiheutuvat kustannukset maksetaan valtion varoista.

13 §

Tarkemmat säännökset

Valvonnan järjestämisestä 3 §:n 2 momentissa tarkoitettulla tavalla, valvontaan liittyvistä asiakirjoista, menettelystä valvottavalle 10 §:ssä tarkoitettuja seuraamuksia määrättäessä, matkakustannusten korvaamisesta ja hoitomääräyksen valvonnasta säädetään tarkemmin valtioneuvoston asetuksella.

Laki

kansanterveyslain 14 §:n muuttamisesta

14 §

Kunta on velvollinen määräämään terveyskeskuksen lääkärin antamaan poliisille virka-apua oikeuslääkeopillisen tutkimuksen suorittamiseksi elävän henkilön kliinisen tutkimuksen ja vainajan ulkonaisen ruumiintarkastuksen osalta. Kunta on lisäksi velvollinen määräämään terveyskeskuksen lääkärin antamaan vankeinhoitoviranomaisille virka-apua oikeuslääkeopillisen tutkimuksen suorittamiseksi elävän henkilön kliinisen tutkimuksen osalta vankeuslain (767/2005) 16 luvun 6 §:ssä ja tutkintavankeuslain (768/2005) 11 luvun 6 §:ssä tarkoitetuissa tapauksissa.

Lisäksi kunta on velvollinen määräämään terveyskeskuslääkärin antamaan täytäntöönpanoviranomaiselle virka-apua vankeuslain 19 a §:n 3 ja 7 §:ssä ja ehdonalaisen vapauden valvonnasta annetun lain (782/2005) 11 a §:ssä tarkoitetussa tilanteessa. Samoin kunta on velvollinen määräämään terveyskeskuksen lääkärin toimimaan lääkärinä asevelvollisten tarkastuksissa kutsuntaviranomaisten pyydettyä sitä 6 §:n 1 momentissa tarkoitetulta toimielimeltä.

Lag

om ändring av 2 c kap. i strafflagen

8 §

Möjlighet till övervakad frihet på prov

För att en fånges anpassning i samhället ska främjas kan fången placeras i med tekniska anordningar eller på annat sätt särskilt övervakad frihet på prov utanför fängelset tidigast sex månader före den villkorliga frigivningen.

(nuvarande 2–5 mom. flyttas till fängelselagen)

10 §

Villkorlig frigivning från fängelse på livstid

Den som dömts till fängelse på livstid kan friges villkorligt tidigast när det förflutit tolv år av fängelsetiden. En fånge som dömts till fängelse på livstid för ett brott som han eller hon begått före 21 års ålder kan friges villkorligt tidigast när det förflutit tio år av fängelsetiden.

När frågan om villkorlig frigivning prövas, ska vikt fästas vid arten av det eller de brott som ledde till fängelse på livstid, vid den dömdes eventuella senare brottslighet och vid de omständigheter som avses i 9 § 2 mom. Genomförandet av den plan för strafftiden som avses i 4 kap. 6 § i fängelselagen och fångens uppförande under fängelsetiden också i övrigt ska beaktas när frigivning prövas. *Prövningen kan också ske med beaktande av om fången förbinder sig att följa de beslut och övriga villkor i fråga om läkemedelsbehandling som avses i 19 a kap. 2 § i fängelselagen.*

Innan en fånge friges villkorligt från fängelse på livstid, kan han eller hon försättas i

övervakad frihet på prov. Om Brottspåföljdsverket anser att frigivning som avses i 2 mom. måste omprövas för ett brott som fången begår under övervakad frihet på prov, ska verket föra ärendet till Helsingfors hovrätt för ny behandling.

Bestämmelser om behandlingen av ärendet vid Helsingfors hovrätt finns i lagen om förfarandet vid frigivning av långtidsfångar (781/2005).

12 §

Ny domstolsbehandling

Den som förordnats att avtjäna hela strafftiden ska friges villkorligt efter att ha avtjänat fem sjättedelar av straffet, om han eller hon inte längre ska anses vara synnerligen farlig för någon annans liv, hälsa eller frihet. *Prövningen kan också ske med beaktande av om fången förbinder sig att följa de beslut och övriga villkor i fråga om läkemedelsbehandling som avses i 19 a kap. 2 § i fängelselagen.* Villkorlig frigivning enligt detta moment kan ske tidigast när det förflutit tre år av fängelsetiden.

Innan en fånge friges villkorligt kan fången försättas i övervakad frihet på prov. Om Brottspåföljdsverket anser att frigivning som avses i 1 mom. måste omprövas på grund av ett brott som fången begått under övervakad frihet på prov, ska verket föra ärendet till Helsingfors hovrätt för ny behandling.

Om den som förordnats att avtjäna hela strafftiden inte friges villkorligt, ska han eller hon försättas i övervakad frihet på prov tre månader före frigivningen.

Bestämmelser om behandlingen av ärendet vid Helsingfors hovrätt finns i lagen om förfarandet vid frigivning av långtidsfångar.

Lag

om ändring av fängelselagen

19 a kap. (nytt)

Övervakad frihet på prov

1 §

Förutsättningar för övervakad frihet på prov

Utöver vad som anges i 2 c kap. i strafflagen förutsätter övervakad frihet på prov också

1) friheten främjar genomförandet av den plan för strafftiden som avses i 4 kap. 6 § i denna lag,

2) det med stöd av fångens uppförande under strafftiden och den information som inhämtats om fångens person och brottslighet kan anses sannolikt att villkoren för friheten kommer att iakttas,

3) fången förbinder sig att avstå från berusningsmedel och sådana dopningsmedel som avses i 44 kap. 16 § i strafflagen och förbinder sig att genomgå kontroll av drogfrihet enligt 16 kap. 7 § 3 mom. i denna lag,

4) fången förbinder sig att iaktta förpliktelserna att hålla kontakt och andra nödvändiga skriftliga villkor som hänför sig till vistelse utanför anstalten och deltagande i sysselsättning,

5) iakttagandet av villkoren för friheten på prov kan övervakas på lämpligt sätt, och

6) fången samtycker till att fängsvårdsmyndigheterna i behövlig utsträckning står i kontakt med myndigheter, privata sammanslutningar och enskilda i frågor som gäller utredningen av förutsättningarna för frihet på prov eller iakttagandet av villkoren för den.

2 §

Beslut om behandling som villkor för frihet på prov

Som villkor för övervakad frihet på prov får krävas att fången förbinder sig att följa beslut om läkemedelsbehandling som han eller hon meddelats i syfte att dämpa sexualdriften och förebygga nya brott. Till läkemedelsbehandlingen får vid behov kopplas beslut om psykosocial behandling och psykosocialt stöd. I så fall ska det också krävas att fången förbinder sig att under villkorlig frihet fortsätta med läkemedelsbehandlingen samt den psykosociala behandling och det psykosociala stöd som eventuellt är kopplade till den behandlingen och dessutom förbinder sig till övervakning av att besluten iakttas.

Fången ska ge sitt behandlingssamtycke till läkaren skriftligen. Innan fången ger sitt samtycke ska läkaren förklara för fången vilka verkningar läkemedelbehandlingen har.

Placeringsenheten ska informera fången om de påföljder som avbruten läkemedelsbehandling får enligt 4 § i detta kapitel och enligt 10 a § i lagen om övervakning av villkorlig frihet.

3 §

Övervakning av läkemedelsbehandling

En fånge som förbinder sig till läkemedelsbehandling ska lämna urin- eller blodprov som är nödvändiga för övervakning av medicinerings- och kontroll av att behandlingen är säker.

Bestämmelser om övervakningen av läkemedelsbehandling finns i 14 § 2 mom. i folkhälsolagen (66/1972).

4 §

Brott mot villkoren för övervakad frihet på prov

Om villkoren för övervakad frihet på prov inte längre uppfylls efter att beslutet fattats, ska friheten återkallas. Om en fånge bryter mot villkoren i 1 § 1 mom. 3 eller 4 punkten, eller 2 eller 3 §, ska fången ges en varning eller friheten återkallas för en viss tid eller helt och hållet, dock inte för längre tid än den återstående friheten på prov. Samma förfarande tillämpas också i situationer enligt 3 mom.

Tiden från början av det dygn när en fånge bryter mot den förpliktelse att hålla kontakt som ålagts fången på basis av 1 § 2 mom. 4 punkten till slutet av det dygn när kontakten återupptas eller fången grips för att återförpassas till fängelset ska inte inräknas i strafftiden.

Om en fånge begår ett brott utanför fängelset, iakttas bestämmelserna i 2 kap. 13 § 2 mom. i strafflagen.

Bestämmelser om sökande av ändring i ett beslut enligt 1 mom. finns i 20 kap.

5 §

Kostnaderna för läkemedelsbehandling

Kostnaderna för läkemedelsbehandling enligt 2 § och för övervakning av behandlingen ersätts med statens medel.

6 §

Att lämna uppgifter om iakttagande av beslut om läkemedelsbehandling

Läkare ska trots sekretessbestämmelserna upplysa verkställighetsmyndigheten om hur beslut om läkemedelsbehandling följs.

7 §

Beslutanderätt

Direktören för placeringsenheten beslutar om placering i övervakad frihet på prov och om dess återkallande.

Brottspåföljdsverket beslutar om placering i övervakad frihet på prov samt om återkallande av sådan frihet och övriga påföljder av att friheten överträds när det är fråga om livstids fängelse enligt 2 c kap. 10 § 3 mom. i strafflagen eller om avtjänande av hela strafftiden i fängelse enligt 11 och 12 § i samma kapitel.

Beslut om att läkemedelsbehandling enligt 2 § ska påbörjas eller avslutas fattar en läkare vid Fångvårdsväsendet. I brådskande fall kan också en läkare enligt 14 § 2 mom. i folkhälsolagen besluta om läkemedelsbehandling. En läkare vid Fångvårdsväsendet ska ofördörligen underrättas om beslut om tillfälligt avbrott, och denne ska fatta det slutliga beslutet om behandlingen.

Fängelsedirektören beslutar om påföljder när övervakad frihet på prov överträds.

8 §

Närmare bestämmelser

Närmare bestämmelser om övervakningen av behandlingsbeslut utfärdas genom förordning av statsrådet.

Lag

om ändring av lagen om övervakning av villkorlig frihet

4 §

Ställande under övervakning

En fånge som frigges villkorligt ställs under övervakning, om

- 1) prövotiden är längre än ett år,
- 2) brottet har begåtts före 21 års ålder,
- 3) fången har förbundit sig att följa ett behandlingsbeslut enligt 19 a kap. 2 § i fängelselagen, eller
- 4) fången själv begär det.

Utän hinder av det som föreskrivs i 1 mom. behöver fången inte ställas under övervakning, om övervakning med hänsyn till syftet med den är klart obehövlig på grund av att fången sannolikt kommer att avlägsnas ur landet eller lider av en allvarlig sjukdom eller om det finns andra särskilda skäl.

5 §

Övervakningens innebörd

Övervakning omfattar regelbundna sammanträffanden mellan övervakaren och den övervakade med hjälp av vilka den övervakades förhållanden och förändringarna i dem följs och vars syfte är att förbättra den övervakades förmåga att bära ansvar och att fungera på ett godtagbart sätt i samhället. Övervakningen kan även omfatta uppgifter eller program som främjar den sociala handlingsförmågan. Sammankomsterna samt de uppgifter och program som ingår i övervakningen får uppta högst tolv timmar per månad. Antalet timmar per månad kan variera under övervakningen på det sätt som en ändamålsenlig verkställighet förutsätter.

Under den övervakades sammanträffanden med övervakaren behandlas i synnerhet de faktorer som inverkar på brottsligt beteende. Den övervakade ska även biträddas i kontak-

terna med myndigheter och andra aktörer som är nödvändiga för att den övervakade ska få kontroll över sin livssituation. Den övervakade ska anvisas nödvändiga stödåtgärder och tjänster.

Det närmare innehållet i övervakningen framgår av en övervakningsplan som Kriminalvårdsväsendet ska utarbeta i enlighet med den övervakades behov innan den som ställts under övervakning frigges, så att planen kan börja användas när övervakningen inleds. Övervakningsplanen kan vid behov ändras eller kompletteras. *Om en fånge ställs under övervakning med stöd av 4 § 1 mom. 3 punkten ska övervakningsplanen också innehålla besluten om läkemedelsbehandling, om psykosocialt stöd och psykosocial behandling och om övervakningen av att besluten följs.*

Övervakningsplanen ska samordnas med planen för strafftiden. Planen ska i nödvändig utsträckning utarbetas i samarbete med placeringsenheten, fängelset, fångens hem- eller boningskommun och med andra myndigheter, privata sammanslutningar och enskilda.

6 §

Den övervakades skyldigheter

Den övervakade är skyldig att delta i utarbetandet av övervakningsplanen och att stå i kontakt med övervakaren på det sätt preciseras i övervakningsplanen.

Den övervakade ska under sammanträffandena med övervakaren och även i övrigt på begäran av övervakaren lämna denne nödvändiga kontaktuppgifter liksom även uppgifter om arbete, boende, utbildning, studier och den ekonomiska situationen samt andra motsvarande, för övervakningen nödvändiga uppgifter om sina förhållanden. Den övervakade ska på eget initiativ underrätta överva-

karen om väsentliga förändringar i sina förhållanden.

Om den övervakade förbundit sig till läkemedelsbehandling enligt 19 a kap.2 § i fängelselagen ska han eller hon lämna urin- eller blodprov som är nödvändiga för övervakning av medicineringen och kontroll av att behandlingen är säker.

Den övervakade ska iaktta det som övervakaren bestämmer när det är nödvändigt för genomförandet av övervakningen.

Den övervakade får inte vara påverkad av alkohol eller andra berusningsmedel vid sammanträffandena med övervakaren.

När övervakningen inleds ska den övervakade underrättas om vilka påföljderna kan bli av att han eller hon försummar sina skyldigheter enligt denna paragraf.

6 a §

Att lämna uppgifter om iakttagande av beslut om läkemedelsbehandling

Läkare ska trots sekretessbestämmelserna upplysa Kriminalvårdsväsendet om hur beslut om läkemedelsbehandling följs.

10 a §

Brott mot beslut om läkemedelsbehandling eller annan behandling vid villkorlig frihet

Om den som ställts under övervakning med stöd av 4 § 1 mom. 3 punkten underlåter att följa sådana föreskrifter i övervakningsplanen som gäller läkemedelsbehandlingen eller annan behandling, ska Kriminalvårdsväsendet ge honom eller henne en skriftlig uppmaning att följa planen i detta avseende.

Om den övervakade avbryter läkemedelsbehandlingen eller trots uppmaning inte följer föreskrifter om läkemedelsbehandling i övervakningsplanen gäller på motsvarande sätt vad som föreskrivs i 10 § 2 och 3 mom.

Om domstolen konstaterar att den övervakade har förfarit på ett sådant sätt som avses i 2 mom., kan domstolen förklara att den vill-

korliga friheten är förverkad för minst fyra dagar och högst två månader.

11 a §

Omprövning och övervakning av beslut om läkemedelsbehandling

Ett beslut om läkemedelsbehandling ska omprövas med högst tre månaders mellanrum.

Beslut om att avsluta läkemedelsbehandling ska fattas av en läkare vid Fångvårdsväsendet. I brådslande fall kan också en läkare enligt 14 § 2 mom. i folkhälsolagen besluta om läkemedelsbehandling. En läkare vid Fångvårdsväsendet ska ofördröjligen underrättas om beslut om tillfälligt avbrott, och denne ska fatta det slutliga beslutet om behandlingen.

Bestämmelser om hur övervakningen av läkemedelsbehandling ordnas finns i 14 § 2 mom. i folkhälsolagen (66/1972).

12 a §

Kostnaderna för läkemedelsbehandling

Kostnaderna för läkemedelsbehandling enligt 19 a kap. 2 § i fängelselagen och för övervakning av behandlingen ersätts med statens medel.

13 §

Närmare bestämmelser

Närmare bestämmelser om ordnande av övervakning på det sätt som avses i 3 § 2 mom., de handlingar som hänför sig till övervakningen, förfarandet vid bestämmande av i 10 § avsedda påföljder för den övervakade, ersättning för resekostnader och övervakningen av behandlingsbeslut utfärdas genom förordning av statsrådet.

Lag

om ändring av 14 § i folkhälsolagen

14 §

En kommun är skyldig att förordna en läkare vid en hälsovårdscentral att ge polisen handräckning för utförande av rättsmedicinsk undersökning när det gäller klinisk undersökning av levande personer och yttre besiktning av avlidna. Kommunen är dessutom skyldig att förordna en läkare vid en hälsovårdscentral att ge fängvårdsmyndigheterna handräckning för utförande av rättsmedicinsk undersökning när det gäller klinisk undersökning av levande personer i de fall som avses i 16 kap. 6 § i fängselslagen (767/2005) och i 11 kap. 6 § i häktninglagen (768/2005).

Dessutom ska kommunen förordna en läkare vid en hälsovårdscentral att ge verkställighetsmyndigheten handräckning i de fall som avses i 19 a kap. 3 och 7 § i fängselslagen och i 11 a § i lagen om övervakning av villkorlig frihet (782/2005). Kommunen är också skyldig att förordna en läkare vid en hälsovårdscentral att tjänstgöra som läkare vid undersökning av värnpliktiga då upp-bådsmyndigheterna anhållit om detta hos det organ som avses i 6 § 1 mom.

LÄHTEET

Arver, Stefan. Karoliinisen sairaalan seksuaalilääketieteellisen osaston johtaja Stefan Arver, Aftonbladet 6.4.2008

Behandling af Sædelighedskriminelle i Anstalten Herstedvester

Hanson & Harris 2004, Hanson Karl & Harris Andrew J.R., Sex Offender Recidivism: A Simple Question. Public Safety and Emergency Preparedness, Canada

The Howard Journal, Vol 46 No 1, February 2007

Kainulainen 2004, Kainulainen Heini. Raiskattu? Tutkimus raiskausten käsittelemisestä rikosprosessissa. Helsinki. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja 212. Oikeus 2004:16

Kwarnmark, Elisabet. Ruotsin ROS-ohjelman projektinjohtaja

Kriminalvården: Brott- och missbruksrelaterade program. Krav och Råd, 1998

Kriminalvårdsstyrelsen: Behandling av sexualbrottsdömda i kriminalvård, 1995

Motion 2007/08: JU 369, Kemisk kastrering. Sveriges riksdag

Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos & Poliisiammattikorkeakoulu 2008. Lasten ja nuorten väkivaltakokemukset. Poliisiammattikorkeakoulun raportteja 71/2008, OPTL:n tutkimustiedonantoja 87

Piispa 2006, Piispa Minna. IV Parisuhdeväkivalta. Raportissa Minna Piispa & Markku Heiskanen & Juha Kääriäinen & Reino Sirén: Naisiin kohdistunut väkivalta 2005. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimuksia 51. Heuni, Publication Series No 51

Rikollisuustilanne 2007, Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimuksia 238

Salonen, Mirja: Lapsen seksuaalisille hyväksikäyttäjille suunnatut hoito- ja toimintamuodot, pro gradu -tutkielma, Helsingin yliopisto 2008

Tidsskrift Nor Lægeforen 2006:126



OIKEUSMINISTERIÖ
JUSTITIEMINISTERIET

PL 25
00023 VALTIONEUVOSTO
puh. (09) 160 03
www.om.fi

PB 25
00023 STATSRÅDET
tfn (09) 160 03
www.jm.fi