Lapsiin kohdistuvien seksuaalirikosten tekijät

Syyntakeisuuden arviointi, erilaiset hoitomenetelmät sekä rikos- ja mielenterveyslain yhteensovittaminen

Lapin yliopisto

Pro gradu -tutkielma

Hanna-Maaria Sipilä

kriminologia

2015

Lapin yliopisto, oikeustieteiden tiedekunta

Työn nimi: Lapsiin kohdistuvien seksuaalirikosten tekijät -
Syyntakeisuuden arviointi, erilaiset hoitomenetelmät sekä
rikos- ja mielenterveyslain yhteensovittaminen

Tekijä: Hanna-Maaria Sipilä

Opetuskokonaisuus ja oppiaine: Kriminologia

Työn laji: Tutkielma x Laudaturtyö__ Lisensiaatintyö__ Kirjallinen työ__

Sivumäärä: XIX + 73

Vuosi: 2015

Tiivistelmä:

Tutkielma käsittelee syyntakeisuuden arviointia lapsiin kohdistuvien seksuaalirikosten tekijöiden osalta, heille tarkoitettuja erilaisia hoitomenetelmiä sekä vakavan mielenterveyden häiriön käsitteen määrittelyä rikos- ja mielenterveyslain yhteensovittamisen näkökulmasta. Tutkimusmenetelmä on pääosin oikeusdogmaattinen ja osin empiirinen.

Tutkielmassa keskeisiksi kysymyksiksi on noussut kaksi ongelmaa. Niistä ensimmäinen koskee vankeusrangaistusten pituutta suhteessa vankilassa annettaviin hoitoihin. Lapsen seksuaalisesta hyväksikäytöstä ja lapsen törkeästä seksuaalisesta hyväksikäytöstä tuomitaan yleisesti katsottuna hyvin lyhyitä vankeusrangaistuksia verrattuna rangaistusasteikon asettamiin mahdollisuuksiin. Ongelmaksi muodostuu vankeusrangaistusten lyhytkestoisuus, koska edellä mainituista rikoksista tuomittujen sairauden hoitoon tarkoitettuja psykiatrisia hoitoja ja lääkehoitoja ei ehditä vankeusrangaistuksen puitteissa saattamaan loppuun. Tutkimusten mukaan näiden rikosten uusimisriski on korkea. Rikosten uusimista ei saada ehkäistyä, kun hoidot vankilassa jäävät kesken ja usein rikoksentekijä sortuu tämän vuoksi tekemään uuden samanlaisen rikoksen.

Toinen ongelma johtuu rikoslain 3 luvun 4 §:n uudesta, vakavan mielenterveyden häiriön käsitteen määrittelystä. Rikoslaki mahdollistaa rikoksentekijän toteamisen syyntakeettomaksi vakavan mielenterveyden häiriön perusteella, mutta mielenterveyslain 8 § edellyttää tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämiseksi mielisairautta. Näin ollen rikoksentekijä voi syyntakeettomana jäädä kokonaan ilman rangaistusta eikä häntä myöskään voida määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon, vaikkakin rikoksentekijä edelleen katsottaisiin vaaralliseksi ja oletettavasti uusivan rikoksensa.

Myöskään yleisen moraalin ei katsota vastaavan edellä mainittujen rikosten kohdalla tällä hetkellä noudatettavaa oikeuskäytäntöä. Yleisesti katsotaan, että ainakin törkeän tekomuodon rangaistusasteikon minimiä tulisi nostaa kahteen vuoteen, jotta rangaistukset näistä rikoksista tuomittaisiin automaattisesti ehdottomina.

Sosiaali- ja terveysministeriö on asettanut vuonna 2004 työryhmän, pohtimaan rikos- ja mielenterveyslain yhteensovittamista. Työryhmä on antanut mietintönsä vuonna 2005, mutta mietinnön pohjalta ei edelleenkään ole saatu valmisteltua hallituksen esitystä suurten lainsäädännöllisten uudistushankkeiden vuoksi.

Avainsanat: syyntakeisuus, lapsi, seksuaalinen, hyväksikäyttö, hoito, pedofiili

Muita tietoja:

Suostun tutkielman luovuttamiseen Rovaniemen hovioikeuden käyttöön x
Suostun tutkielman luovuttamiseen kirjastossa käytettäväksi x
Suostun tutkielman luovuttamiseen Lapin maakuntakirjastossa käytettäväksi x
(vain Lappia koskevat)

SISÄLLYSLUETTELO

TIIVISTELMÄ ..... **II**

SISÄLLYSLUETTELO ..... **IV**

LÄHDELUETTELO ..... **VI**

LYHENTEET ..... **XIV**

1 JOHDANTO **1**

2 LAPSIIN KOHDISTUVAT SEKSUAALIRIKOKSET **7**

2.1. VOIMASSA OLEVA LAINSÄÄDÄNTÖ 7
2.2. LAPSIIN KOHDISTUVA SEKSUAALIRIKOLLISUUS 13
2.3. LAPSIIN KOHDISTUVIEN SEKSUAALIRIKOSTEN SELVITTÄMISEN ONGELMAT 14

3 PSYYKKISET SAIRAUDET JA RIKOLLINEN KÄYTTÄYTYMINEN **20**

3.1. TUTKIMUKSIA 20
3.2. PSYYKKISTEN SAIRAUKSIEN LUOKITTELUSTA: LÄÄKETIEDE JA OIKEUSTIEDE 24
3.3. PSYYKKISET SAIRAUDET JA LAPSIIN KOHDISTUVAT SEKSUAALIRIKOKSET 26

4 LAPSIIN KOHDISTUVIEN SEKSUAALIRIKOSTEN TEKIJÖIDEN HOITO **35**

4.1. HISTORIA 35
4.2. HOITOMENETELMÄT 36
4.3. LÄÄKEHOITO 37
4.3.1 Historia *37*
4.3.2 Lääkitys *38*
4.3.3 Kohderyhmä ja vaikutukset *39*
4.4 LÄÄKEHOITO YHDISTETTYNÄ PSYKIATRISIIN HOITOMENETELMIIN 41
4.5. LÄÄKEHOITOA KOSKEVA LAINSÄÄDÄNTÖ POHJOISMAISSA 45
4.6. LÄÄKEHOIDON SUHDE PERUS- JA IHMISOIKEUKSIIN 47

5 SYYNTAKEISUUS **50**

5.1. SYYNTAKEISUUDEN ARVIOINNISTA 50
5.1.1. Yleistä *50*
5.1.2. Mielentilatutkimukset ja syyntakeisuuden arviointi – tuomioistuinprosessi ja terveydenhuoltoprosessi *52*
5.1.3. Rikos- ja mielenterveyslain yhteensovittaminen *55*
5.2. SYYNTAKEISUUSARVIOINTI JA MIELENTILATUTKIMUKSET LAPSIIN KOHDISTUVIEN SEKSUAALIRIKOSTEN KOHDALLA 57

6 SYYNTAKEISUUSARVIOINTI JA MIELENTILATUTKIMUKSET MUUALLA EUROOPASSA **60**

6.1. POHJOISMAAT 60
6.1.1. Ruotsi *60*
6.1.2. Norja *62*

6.1.3. Tanska *63*
6.2. MUU EUROOPPA 65
7 LOPUKSI **68**
LIITE 1 ..... **XV**
LIITE 2 ..... **XVI**
LIITE 3 ..... **XVII**
LIITE 4 ..... **XVIII**

LÄHDELUETTELO

Kirjallisuus

Alexander Pamela & Lupfer, Shirley: *Family Charasteristics and Long-term Consequences Associated with Sexual Abuse*. Archives of Sexual Behavior. Volume 16, No. 3, s. 235–245. 1987.

Beitchman, Joseph., Zucker, Kenneth., Hood Jane., DaCosta, Granville & Akman, Donna: *A review of the short-term effects of child sexual abuse*. Child abuse & neglect. Volume 15, Issue 4, s. 537–556. 1991.

Beitchman, Joseph., Zucker, Kenneth., Hood, Jane., DaCosta Granville., Akman, Donna & Cassavia, Erika: *A review of the long-term effects of child sexual abuse*. Child abuse & Neglect. Volume 16, Issue 1, s. 101–118. 1992.

Berliner, Lucy & Conte, Jon: *Sexual abuse evaluations: Conceptual and empirical obstacles.* Child abuse & neglect. Volume 17, Issue 1, s. 111–125. 1993.

Brusila, Pirkko: *Uhrin näkökulma*. Teoksessa: Seksuaalisuus. Toim. Apter, Dan., Väisälä, Leena & Kaimola, Kari, s. 333–341. Helsinki 2006.

Brå 2008. Brottsutvecklingen I Sverige fram till år 2007. Rapport 2008:3. Brotts-förebyggande rådet. Stockholm 2008. Saatavilla: http://www.bra.se/download/1-8.cba82f7130f475a2f180006972/1311594582635/2008_23_brottsuvecklingen.pdf.

Castel, Robert: *The Doctors and Judges*. Teoksessa: I, Pierre Riviere. Toim. Foucault, Michael. Norwich 1978.

Dobash, Russel., Carnie, James & Waterhouse, Lorraine: *Lasten hyväksikäyttäjät. Tunnistaminen ja reaktiot.* Teoksessa: Lasten seksuaalinen hyväksikäyttö ja hyväksi-käyttäjät. Suojelu ja ennaltaehkäisy. Toim. Waterhouse, Lorraine. Suom. Haikara, Tarja, s. 119–141. Lontoo 2003.

Eronen, Markku., Seppänen, Allan & Kotilainen, Irma*: Oikeuspsykiatrinen arviointi ja hoito Suomessa*. Suomen lääkärilehti 23/2012, vsk 67. 2012.

Finkelhorn, David: *Early and long-term effects of child sexual abuse: An update*. Professional Psychology: Research and Practice. Volume 21, No. 5, s. 325–330. 1990.

Glaser, Danya & Frosh, Stephen: *Child sexual abuse*. Basingstoke 1993.

Haapasalo, Jaana: *Kriminaalipsykologia*. Jyväskylä 2008.

Harter, Stephanie., Alexander Pamela & Neimeyer, Robert: *Long-term effects of incestuous child abuse in college women: Social adjustment, social cognition, and family characteristics.* Journal of Consulting and Clinical Psychology. Volume 56, No. 1, s. 5–8. 1988.

Hinkkanen, Ville: *Lapsen seksuaalinen hyväksikäyttö.* Tutkimus rangaistuskäytännöstä ja seksuaalirikosten uusimisesta. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimustiedonantoja 92. Helsinki 2009.

Hirvelä, Päivi: *Lapsi rikosprosessissa – erityisesti insestin todistamisen ongelma*. Lakimies 1997/7, s. 1040–1055.

Hoagwood Kimberly & Stewart John: *Sexually Abused Children' s Perceptions of Fa-mily Functioning.* Child and Adolescent Social Work. Volume 6, No. 2, s. 139–150. 1989.

Hulsey, Timothy., Sexton Mark., Harralson, Tina & Nash, Michael: *Assessment of psychological functioning in victims of childhood sexual abuse.* Presented at the 97th annual meeting of the American Psychological Association. New Orleans 1989.

Kimberly, J. Mitchell., Finkelhorn, David & Wolak, Janis: *Risk Factors for and Impact of online Sexual Solicitation of Youth*. The Journal of the American Medical Association. Volume 285, No. 23, s. 3011–3014. 2001.

Iisalo, Inkeri., Siltala, Pirkko & Aho-Mustonen, Päivi: *Rikottu ruukku*. Helsinki 2002.

Koikkalainen, Sari: *Vankeuden aikana järjestettävä seksuaalirikoksista tuomituille tarkoitettu toiminta.* Projektiryhmän mietintö. Oikeusministeriön vankeinhoito-osaston julkaisuja 2/1998. Helsinki 1998.

Korhonen, Paula: Syytetyn mielentilan tutkiminen. Teoksessa: Kirjoituksia todistus-oikeudesta. Toim. Lappalainen, Juha & Ojala, Timo, s. 75–86. Helsinki 2006. Saatavilla: http://www.oikeus.fi/hovioikeudet/helsinginhovioikeus/material/attachments/oikeus_hov

ioikeudet_helsinginhovioikeus/julkaisut/painetutjulkaisut/kirjoituksiatodistusoikeudesta2006/IpJ8DYB6l/08_Syytetyn_mielentilan_tutkiminen_Paula_Korhonen.pdf.

Laitinen, Merja: *Häväistyt ruumiit, rikotut mielet*. Tutkimus lapsina läheissuhteissa seksuaalisesti hyväksikäytettyjen naisten ja miesten elämästä. Tampere 2004.

Lappi-Seppälä, Tapio & Niemi, Hannu: *Seksuaalirikokset*. Rikollisuustilanne 2013. Rikollisuus ja seuraamusjärjestelmä tilastojen valossa. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimuksia 266, s. 87–110. Helsinki 2014. Saatavilla: http://www.optula.om.fi/material/attachments/optula/julkaisut/tutkimuksiasarja/VfwyB59Ll/266_Rikollisuustilanne_2013_2014.pdf.

Lappi-Seppälä, Tapio., Niemi, Hannu & Hinkkanen, Ville: *Rangaistuskäytäntö rikoslajeittain*. Rikollisuustilanne 2013. Rikollisuus ja seuraamusjärjestelmä tilastojen valossa, s. 347–370. Helsinki 2014. Saatavilla: http://www.optula.om.fi/material/attachments/optula/julkaisut/tutkimuksia-sarja/VfwyB59Ll/266_Rikollisuustilanne_2013_2014.pdf.

Lasten suojelun käsikirja. *Pahoinpitely ja seksuaalinen hyväksikäyttö*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla: http://www.thl.fi/fi/web/lastensuojelun-kasikirja/tyoprosessi/erityiskysymykset/pahoinpitely-ja-seksuaalinen-hyvaksikaytto.

Lauerma, Hannu: *Dissosiaatiohäiriöt*. Teoksessa: Psykiatria. Toim. Lönnqvist, Jouko., Henriksson, Markus., Marttunen, Mauri & Partonen, Timo, s. 301–311. Helsinki 2013.

Lösel, Friedrich & Schmucker, Martin: *The effectiveness of treatment for sexual offenders: A comprehensive meta-analysis.* Nuremberg 2005.

Martens, Peter: *Sexual brott mot barn.* Presentation och diskussion av några centrala teman inom forskningområdet. Tukholma 1989.

Mattila, Aino & Lönnqvist, Jouko: *Seksuaalihäiriöt*. Teoksessa: Psykiatria. Toim. Lönnqvist, Jouko., Henriksson, Markus., Marttunen, Mauri & Partonen, Timo, s. 365–380. Helsinki 2013.

Pajuoja, Jussi: *Väkivalta ja mielentila*. Suomalaisen lakimiesyhdistyksen julkaisuja. A-sarja, N:o 201. Helsinki 1995.

Parker, Seymour & Parker, Hilda: *Female Victims of Child Sexual Abuse: Adult Adjustment.* Journal of Family Violence. Volume 6, Issue 2, s. 183–197. 1991.

Piha, Jorma., Aronen, Eeva., Joki-Erkkilä, Minna., Komulainen, Jorma., Korkman, Julia., Raipela Jouni., Tuominen, Mia., Anttila, Pirjo., Civil, Tiina., Kotiranta-Ainamo, Anna-Siina., Mäkelä, Jukka., Pajunen, Tarja., Peltonen, Kirsi., Salovartio, Leena & Santtila, Pekka: *Lapsen seksuaalisen hyväksikäytön epäilyn tutkiminen*. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen asettama työryhmä. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin julkaisuja. Helsinki 2013. Saatavilla: http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus;jsessionid=90AF797CAE07C5ED47A38369D022509E?id=hoi34040. Viitattu 16.02.2015.

Pope, HG Jr & Hudson, Jl: *Is childhood sexual abuse a risk factor for bulimia nervosa?* American Journal of Psychiatry. Volume 149, Issue 4, s. 455–463. 1992.

Raijas, Riitta: *Seksuaalirikollisten ja uhrien hoito.* Raportti vuosina 1992–95 tehdystä projektista. Viisi puheenvuoroa aiheesta. Helsinki 1996.

Rowan, Anderson., Foy, David., Rodriquez, Ned & Ryan, Susan: *Posttraumatic Stress Disorder in a Clinical Sample of Adults Sexually Abused as Children*. Child abuse and Neglect. Volume 18 No. 1, s. 51–61. 1994.

Salmi, Venla: *Väkivalta sähköisten viestimien kautta*. Lasten ja nuorten väkivaltakokemukset. Kirj. Ellonen, Noora., Kääriäinen, Juha., Salmi, Venla & Sariola, Heikki. Poliisiammattikorkeakoulun raportteja 17/2008. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimustiedonantoja 87, s. 124–135. Tampere 2008e. Saatavilla: http://www.poliisi.fi/poliisi/poliisioppilaitos/home.nsf/files/lapsiuhritutkimus_raportti/$file/lapsiuhritutkimus_raportti.pdf.

Salo, Markku: *Luonnosta laitoksiin*. Sosiaali- ja terveyshallitus. Helsinki 1992.

Sariola, Heikki: *Oikeuspsykologia seksuaalisen hyväksikäytön tutkimuksessa*. Teoksessa: Kriittisiä näkökulmia lapsen seksuaalisen hyväksikäytön selvittelyyn. Toim. Suomela, Anu, s. 40–51. Helsinki 1997.

Seto, Michael: *Pedophilia and sexual offending against children.* Theory, assessment and intervention. Washington, DC 2008.

Suomela, Anu: *Seksuaalisen hyväksikäytön selvittely ja lapsen etu*. Teoksessa: Kriittisiä näkökulmia lapsen seksuaalisen hyväksikäytön selvittelyyn. Toim. Suomela, Anu, s. 137–174. Helsinki 1997.

Tiihonen, Jari: *Oikeuspsykiatria*. Teoksessa: Psykiatria. Toim. Lönnqvist, Jouko., Henriksson, Markus., Marttunen, Mauri & Partonen, Timo, s. 611–628. Helsinki 2013.

Underwager, Ralph & Wakefield, Hollida*: Psykologinen ja lääketieteellinen todistelu seksuaalisen hyväksikäytön selvittelyssä*. Teoksessa: Kriittisiä näkökulmia lapsen seksuaalisen hyväksikäytön selvittelyyn. Toim. Suomela, Anu, s. 86–136. Helsinki 1997.

Väätäinen, Markku: *Pedoseksuaalisuuden, seksuaalisen hyväksikäytön ja seksuaalisen väkivallan hoito*. Teoksessa: Seksuaalisuus. Toim. Apter, Dan., Väisälä, Leena & Kaimola, Kari, s. 342–345. Helsinki 2006.

Wagner-Prenner, Marianne: *Syyntakeisuus ja mielentila*. Rikosoikeudellinen ja empiirinen tutkimus syyntakeisuuden määräytymisestä. Helsinki 2000.

Weizmann-Henelius, Ghitta: *Mielentilatutkimusprosessi ja oikeuspsykologinen kliininen tutkimus*. Teoksessa: Oikeuspsykologia. Toim. Santtila, Pekka & Weizmann-Henelius, Ghitta, s. 321–350. Helsinki 2008.

Wolfe, David: *Child abuse – Implications for Child Development and Psychopathalogy*. Kalifornia 1987.

Virallislähteet

HE 44/2002 vp. Hallituksen esitys Eduskunnalle rikosoikeuden yleisiä oppeja koskevan lainsäädännön uudistamiseksi. Helsinki 2002.

HE 95/2008 vp. Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi kansainvälisestä yhteistoiminnasta eräiden rikosoikeudellisen seuraamusten täytäntöönpanossa annetun lain, mielenterveyslain sekä rikoksen johdosta tapahtuvasta luovuttamisesta Suomen ja muiden Pohjoismaiden välillä annetun lain 1 §:n muuttamisesta. Helsinki 2008.

HE 282/2010 vp. Hallituksen esitys Eduskunnalle lasten suojelemista seksuaalista riistoa ja seksuaalista hyväksikäyttöä vastaan koskevan Euroopan neuvoston yleissopimuksen hyväksymiseksi ja siihen liittyviksi laeiksi. Helsinki 2010.

HE 140/2012 vp. Hallituksen esitys Eduskunnalle valvottua koevapautta koskevaksi lainsäädännöksi. Helsinki 2012.

HE 216/2013 vp. Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi rikoslain 20 luvun muuttamisesta. Helsinki 2014.

KK 135/2011 vp. Kirjallinen kysymys. Vakavien väkivalta- ja seksuaalirikosten rangaistusten koventaminen. Helsinki 2011.

KK 363/2011 vp. Kirjallinen kysymys. Lapsen seksuaalisen hyväksikäytön rangaistukset. Helsinki 2011.

KK 184/2012 vp. Kirjallinen kysymys. Henki-, väkivalta- ja seksuaalirikoksia koskevan lainsäädännön muuttaminen. Helsinki 2012.

KK 225/2012 vp. Kirjallinen kysymys. Poliisien resurssit. Helsinki 2012.

KK 295/2012 vp. Kirjallinen kysymys. Poliisin mahdollisuudet internetissä tehtävien seksuaalirikosten jäljittämiseen. Helsinki 2012.

KK 572/2012 vp. Kirjallinen kysymys. Raiskausrikosten rangaistuskäytännöt. Helsinki 2012.

KK 593/2012 vp. Kirjallinen kysymys. Lasten hyväksikäyttöepäilyt Lapissa. Helsinki 2012.

KK 674/2012 vp. Kirjallinen kysymys. Lasten hyväksikäytön ja seksuaalirikosten rikoksen vanheneminen. Helsinki 2012.

KK 683/2012 vp. Kirjallinen kysymys. Vankeusrangaistukseen tuomittujen seksuaalirikosten uusijoiden hoito ja seuranta. Helsinki 2012.

KK 233/2013 vp. Kirjallinen kysymys. Törkeästä lapsen seksuaalisesta hyväksikäytöstä annetun vähimmäisrangaistuksen korottaminen. Helsinki 2013.

KK 263/2013 vp. Kirjallinen kysymys. Seksuaalirikosten määrän kasvu Peräpohjolan poliisilaitoksen alueella. Helsinki 2013.

KK 326/2013 vp. Kirjallinen kysymys. Pedofiilien rangaistukset ja pakkohoito. Helsinki 2013.

KK 829/2013 vp. Kirjallinen kysymys. Uskonnollisten lahkojen tai ryhmien harjoittama lasten hyvksikäyttö. Helsinki 2013.

KK 451/2014 vp. Kirjallinen kysymys. Lapsiin kohdistuvan seksuaalirikollisuuden torjunta peiteprofiileilla. Helsinki 2014.

KK 818/2014 vp. Kirjallinen kysymys. Lapsen seksuaalinen hyväksikäyttö. Helsinki 2014.

Räsänen, Päivi: Lakialoite rikoslain 20 luvun 6 § ja 7 §:n muuttamisesta. Helsinki 2010.

LaVL 14/2014 vp. Lakivaliokunnan lausunto. Hallituksen vuosikertomus 2013. Helsinki 2014.

OM 56/52/2014. Kansalaisaloite lapsiin kohdistuvien seksuaalirikosten rangaistusasteikon koventamisesta. 6.5.2014. Aloitteen sisältö ja perustelut saatavilla: https://www.kansalais-aloite.fi/fi/aloite/852.

PeVL 19/2000 vp. Perustuslakivaliokunnan lausunto hallituksen esityksestä laiksi valtion-talouden tarkastusvirastosta ja eräiksi siihen liittyviksi laeiksi. Helsinki 2000.

SopS 88/2011. Euroopan neuvoston yleissopimus lasten suojelemisesta seksuaalista riistoa ja seksuaalista hyväksikäyttöä vastaan. Lanzarote 2007.

Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2005:20. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki 2005. Saatavilla: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folder-Id=28707&name=DLFE3688.pdf&title=Rikos__ja_mielenterveyslain_yhteensovittaminen__Kriminaalipotilaita_koskevat_saannokset_fi.pdf.

Oikeustapaukset

KKO: 1985-II-134

Haastattelut

Wagner-Prenner, Marianne. Rovaniemen hovioikeuden presidentti. 15.01.2015 Oulu ja 18.01.2015 Rovaniemi.

Muut lähteet

Afifi, Tracie., MacMillan Harriet., Boyle, Michael., Taillieu, Tamara., Cheung, Kristene & Sareen, Jitender: *Child abuse and mental disorders in Canada*. Kanada 2014. Saatavilla: http://www.fixcas.com/news/2014/cmaj.131792.full.pdf. Viitattu 27.12.2014.

Helsingin Sanomat. *Pedofiilien hoitamiseen on uusi lääke*. Saatavilla: http://www.hs.fi/artikkeli/Pedofiilien+hoitamiseen+on+uusi+l%C3%A4%C3%A4ke/1135233971266. Viitattu 25.03.2014.

Knuuti, Ulla: *Seksuaalirikollisten kuntoutus*. Saatavilla: http://www.portti-vapauteen.fi/tietoa/tietopankki/3029/seksuaalirikollisten_kuntoutus. Viitattu 03.02.2015.

Kotilainen, Irma: *Syyntakeisuus ja mielentilatutkimus*. Luentosarja 04.10.2006. Helsinki 2006. Saatavilla: http://www.helsinki.fi/oikeustiede/oppiaineet/medibio/Luentosarja%20sl%202006/Kotilainen06.pdf. Viitattu 03.01.2015.

mtv.fi. Uutiset. Rikos. Oikeusoppineet ihmettelevät lapsenraiskaajien lieviä tuomioita. Saatavilla: http://www.mtv.fi/uutiset/rikos/artikkeli/oikeusoppineet-ihmettelevat-lapsenraiskaajien-lievia-tuomioita-syyttajan-kannattaisi-valittaa/4707306?previewDate=08-01-2015%2022:15%20Europe/Helsinki?category%3Dkokemuksella. Viitattu 26.02.2015.

Oikeuspsykiatria 2014. Oikeuspsykiatristen asioiden lautakunnassa käsitellyt mielentilalausunnot yhteensä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015.

Rikollisuustilanne 2013. Tiedotusvälineille. Helsinki 2014.

Räsänen, Päivi: *Lapsen seksuaalisen hyväksikäytön vanhentumisajoista on luovuttava kokonaan.* Tiedote. 20.11.2014. Saatavilla: http://www.paivirasanen.fi/2014/11/lapsen-seksuaalisen-hyvaksikayton-vanhentumisajoista-on-luovuttava-kokonaan/. Viitattu 16.02.2015.

Tilastokeskus. Suomen virallinen tilasto. Sarja Oikeus.

Yle uutiset. Kotimaa. *Oikeusministeri kannattaa seksuaalirikollisten kemiallista kastraatiota*. Saatavilla: http://yle.fi/uutiset/oikeusministeri_kannattaa_seksuaalirikollisten_kemiallista_kastraatiota/5391831. Viitattu 16.02.2015.

Yle.fi. *Pedofiilit kuriin – Pakkohormonihoitoa, riskianalyysiä vai ryhmäterapiaa?* Poliisi-TV:n raportti. Raportti nähtiin Poliisi-TV:ssä 20. syyskuuta 2007. Saatavilla: http://yle.fi/vintti/yle.fi/poliisitv/raportitcdc3.html?sivu=raportti_pedohormo. Viitattu 24.02.2015.

LYHENTEET

Bb	Brottsbalk
CMAJ	Canadian Medical Association Journal
HE	Hallituksen esitys
Kap	Kapital
KK	Kirjallinen kysymys
KKO	Korkein oikeus
LaVL	Lakivaliokunnan lausunto
MTL	Mielenterveyslaki
OK	Oikeudenkäymiskaari
PeVL	Perustuslakivaliokunnan lausunto
PL	Perustuslaki
RL	Rikoslaki
SERI	Yliopistollisen sairaalan seksuaalirikostiimi
SopS	Sopimussarja
SSRI	Selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät
STM	Sosiaali- ja terveysministeriö
STOP	Seksuaalirikoksista tuomituille tarkoitettu muutos- ja kuntoutusohjelma
TEO	Terveydenhuollon oikeusturvakeskus
THL	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

1 Johdanto

Kansanedustaja Jouko Jääskeläinen vastasi kansanedustajille tekemääni kyselyyn lapseen kohdistuvia seksuaalirikoksia ja niitä koskevan lainsäädännön sekä yleisen moraalin kohtaamisesta: ” Yleisen moraalin määritteleminen Suomessa ei ole aivan yksinkertaista sirpaloituvan (murenevan) arvopohjamme vuoksi. Lapsen seksuaalisten hyväksikäyttötapausten viimeaikainen uutisointi muun muassa leikki-ikäisiin kohdistuneista törkeistä hyväksikäytöistä ja niiden lievistä tuomioista kuitenkin osoittaa, että aihe on yhteiskunnallisesti tärkeä ja kuohuttaa kansalaisten oikeuskäsitystä. Myös merkittävät rikosoikeuden asiantuntijat ovat julkisuudessa kritisoineet rikosten törkeysasteen ja rangaistusten epäsuhtaisuutta toisiinsa. Samassa yhteydessä on nostettu esille rangaistusten koettu oikeudenmukaisuus.”

Tutkielman tarkoituksena on siis perehtyä lapsiin kohdistuvien seksuaalirikosten kohdalla noudatettavaan oikeuskäytäntöön, lainsäädännön mahdolliseen muutostarpeeseen, lapsiin kohdistuvien seksuaalirikosten tekijöiden syyntakeisuusarvioinnissa noudatettavaan käytäntöön sekä siihen, miten rikos- ja mielenterveyslaki soveltuvat tästä näkökulmasta yhteen tänä päivänä. Tutkielmassa tarkastelen tämän kautta myös lapsiin kohdistuvien seksuaalirikosten tekijöiden mahdollista hoitoa ja hoitomenetelmiä sekä vankeinhoidon että terveydenhuollon puolella. Tutkielmassa yhtenä seikkana esiin nousee lisäksi lääketieteen ja oikeustieteen luokitteluerot psyykkisten sairauksien osalta, kun niiden perusteella tehdään syyntakeisuusarviointia.

Sosiaali- ja terveysministeriö on 24.8.2004 asettanut työryhmän, jonka tarkoituksena on ollut arvioida rikoksesta syytetyn ja rangaistukseen tuomitsematta jätetyn hoitoa ja tutkimista koskevien mielenterveyslain säännösten asianmukaisuutta ja sijaintia. Arvioinnin tarpeen taustalla on ollut erityisesti rikoslain uudistettu syyntakeisuussäännös, jonka mukaan myös vakava mielenterveyden

häiriö voi poistaa rikoksentekijän syyntakeisuuden tai alentaa sitä. Rikoksentekijää ei voida tuomita rangaistukseen, jos hänet on todettu syyntakeettomaksi mielentilansa perusteella. Valtaosa tällaisista syyntakeettomaksi todetuista kuitenkin määrätään tahdosta riippumattomaan psykiatriseen hoitoon mielenterveyslain nojalla. Täysi-ikäinen rikoksentekijä voidaan nykyisen mielenterveyslain nojalla määrätä tahdosta riippumattomaan psykiatriseen hoitoon vain todetun mielisairauden perusteella.[1] Tämä rikos- ja mielenterveyslain välinen ongelma on otettu yhdeksi keskeiseksi tarkastelun kohteeksi tässä tutkielmassa.

Mainittu työryhmä on antanut mietintönsä rikos- ja mielenterveyslain yhteensovittamisesta sosiaali- ja terveysministeriölle 1.2.2006. Hallituksen esitystä työryhmämietinnön pohjalta on alettu tämän jälkeen työstää ja viimeksi sitä on valmisteltu syksyllä 2011. Asian käsittely ja valmistelu on kuitenkin viivästynyt sosiaali- ja terveysministeriössä, koska sosiaali- ja terveydenhuollon tehtäväalueilla on meneillään laaja hallitusohjelmaan perustuva ja koko keskeistä lainsäädäntötyötä koskeva uudistus.[2] Mietinnön pohjalta tehtävä uudistus on erittäin tarpeellinen rikos- ja mielenterveyslain erotessa olennaisilta osiltaan syyntakeettomiksi katsottujen hoitoon määräämisen osalta. Tämä ongelma koskee nimenomaan rikoslakiin otettua uutta vakavan mielenterveyden häiriön käsitettä.

Suomessa tehdään mielentilatutkimuksia pääsääntöisesti vain henkirikoksiin syyllistyneille. On hieman oudoksuttavaa, että syyntakeisuusarviointia ja mielentilatutkimuksia tehdään niin harvoin lapseen kohdistuvien seksuaalirikosten tekijöiden kohdalla. Kyseessä on kuitenkin erittäin vakava rikos. Törkeästä lapsen seksuaalisesta hyväksikäytöstä voidaan tuomita vankeuteen jopa kymmeneksi vuodeksi.

Lääketieteessä pedofilia on luokiteltu tautiluokituksen ICD-10 kohdan F60 (Aikuisiän persoonallisuus- ja käytöshäiriöt) alakohdassa F65: Sukupuoliset kohdehäiriöt

[1] Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2005:20, kuvailulehti.
[2] LaVL 14/2014 vp, s. 1.

eli parafiliat. Sitä ei siis luokitella mielisairaudeksi vaan eriasteiseksi mielenterveyden häiriöksi. Näin ollen lapsikohteisesta seksuaalihäiriöstä kärsiviä ei tällä hetkellä voida määrätä mielenterveyslain (14.12.1990/1116) 8 §:n mukaiseen tahdosta riippumattomaan hoitoon. Tarkastelen tutkielmassa tätä kysymystä uuden työryhmämietinnön pohjalta. Tarkoituksenani on pohtia sitä, voidaanko lapsikohteista seksuaalihäiriötä pitää uuden rikoslain (19.12.1889/39) 3 luvun (13.6.2003/515) 4 §:n (13.6.2003/515) 2 momentin alaan kuuluvana vakavana mielenterveyden häiriönä.

Työelämässä vastaan tulleiden erilaisten aineistojen, keskustelujen ja tapausten kautta olen, hieman yllättävästikin, huomannut, että usein lapseen kohdistuvaan seksuaalirikokseen syyllistynyt, ja selkeästi lapsikohteisesta seksuaalihäiriöstä kärsivä, on jopa huojentunut jäädessään kiinni. Useat heistä itsekin haluavat hoitoa ongelmaansa, mutta eivät ole sitä aikaisemmin hakeneet syvän häpeän tunteen vuoksi. He ovat ajautuneet tekemään rikollisen teon, koska eivät ole uskaltaneet hakeutua hoitoon.

Hoidon saaminen vankilassakaan ei kuitenkaan usein toteudu kokonaisuudessaan rangaistusten ollessa lyhyitä ja hoitojen jäädessä tämän vuoksi kesken. Toinen syy hoidon saatavuuden ongelmaan on se, että lapsikohteisesta seksuaalihäiriöstä kärsivät eivät kuulu mielenterveyslain 8 §:n tahdosta riippumattoman hoidon soveltamisalaan.

Kokonaisuutena tarkoituksenani on syyntakeisuusarvioinnin kautta pohtia sitä, onko vankila oikea paikka lapsiin kohdistuvien seksuaalirikosten tekijöille vai voisiko heille olla jokin muu vaihtoehto ” parempi” sairauden hoidon ja rikollisen teon uusimisen estävän vaikutuksen kannalta. Tähän kytkeytyy myös pohdinta lapsikohteisen seksuaalihäiriön kuulumisesta vakavan mielenterveyden häiriön käsitteen alaan. Tarkastelen tässä tutkielmassa sitä, miten ja miksi syyntakeisuusarviointia tulisi harjoittaa suuremmassa määrin myös lapsiin kohdistuvien seksuaalirikosten tekijöiden kohdalla.

Aihe on hyvin ajankohtainen, sillä sitä koskevan hallituksen esityksen valmistelu on vireillä. Asiantuntijat ovat huomanneet selkeän ongelman rikos- ja mielenterveyslain yhteensovittamisessa. Rikoslain 20 luvun (24.7.1998/563) raiskausrikosten minimirangaistuksia on myös vastikään lailla muutettu Ruotsin mallin mukaisesti. Lapsiin kohdistuvien seksuaalirikosten rangaistusasteikkoja ei kuitenkaan tällä uudistuksella muutettu. Nyt on mediassakin herännyt keskustelu siitä, miksi lapsiin kohdistuvien seksuaalirikosten rangaistusasteikkoja ei muutettu. Tätä keskustelua avataan tässä tutkielmassa muun muassa tehdyn kansalaisaloitteen[3] pohjalta. Myös lapsen seksuaalisen hyväksikäytön rangaistusten koventamista ja syyteoikeuden vanhentumista koskeva keskustelu on ajankohtainen ja kansalaisissa tunteita herättävä aihe. Eduskunnassakin on kuluvalla vaalikaudella tehty tätä koskien lukuisia kirjallisia kysymyksiä ja lakialoitteita[4].

Käytetty tutkimusmenetelmä on pääosin oikeusdogmaattinen. Olen myös haastatellut Rovaniemen hovioikeuden presidenttiä, Marianne Wagner-Prenneriä lapsiin kohdistuvien seksuaalirikosten kohdalla tehtävien syyntakeisuusarviointien osalta. Kansanedustajille tekemäni kyselyn (jäljempänä kysely) osalta tutkimusmenetelmä on empiirinen. Kyselyllä pyrin saamaan selville sen, vastaako yleinen moraali Suomessa tällä hetkellä voimassa olevaa lainsäädäntöä ja noudatettavaa oikeuskäytäntöä lapsen seksuaalisten hyväksikäyttöjen kohdalla, eli sovellettaessa rikoslain 20 luvun 6 §:ää (20.5.2011/540) ja 7 §:ää (20.5.2011/540). Lähetin kyselylomakkeen (Liite 3) kaikille 200 kansanedustajalle, joista 10 vastasi. Vaikkakin vastauksia tuli hyvin vähän, olivat ne huomattavan samansuuntaisia. Kansanedustajat, jotka vastasivat kyselyyn, olivat jakautuneet hyvin eri puolueisiin: Suomen Keskusta (5), Suomen Kristillisdemokraatit (2), Vasemmistoliitto (1), Suomen Sosialidemokraattinen Puolue (1) ja Suomen ruotsalainen kansanpuolue (1).

Tärkeimpänä kirjallisena lähteenä on sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistio 2005:20. Käytän tutkielmassani myös lääketieteellistä aineistoa. Eksaktisti

[3] OM 56/52/2014.
[4] Esim. KK 818/2014 vp, KK 451/2014 vp, KK 829/2013 vp, KK 326/2013 vp, KK 263/2013 vp, KK 233/2013 vp, KK 683/2012 vp, KK 674/2012 vp, KK 593/2012 vp, KK 572/2012 vp, KK 295/2012 vp, KK 225/2012 vp, KK 184/2012 vp, KK 363/2011 vp ja KK 135/2011 vp.

seksuaalirikollisten syyntakeisuuden arviointia koskevaa kirjallisuutta on hyvin niukasti, johtuen siitä, että niitä ei yleensä, jos milloinkaan tehdä seksuaalirikoksiin syyllistyneiden kohdalla.

Tutkielmassa tuon esiin myös syyntakeisuusarviointia koskevaa lainsäädäntöä ja noudatettavaa käytäntöä ulkomailta, erityisesti Ruotsin, Norjan ja Tanskan osalta.

Tässä kohtaa on tarpeen tuoda esille kahden tutkielmassa esille nousevan termin eroavuus lääketieteellisessä, oikeustieteellisessä sekä arkikielisessä käytössä. Oikeustieteessä puhutaan lapsiin kohdistuvien seksuaalirikosten tekijöistä. Lääketiede käyttää termiä ” pedofiili” , jota käytetään usein myös arkikielessä kuvaamaan lapsen seksuaalisesta hyväksikäytöstä tuomittuja henkilöitä. Lääketieteessä pedofilia määritellään siten, että henkilö kärsii lapsikohteisesta seksuaalihäiriöstä. Pedofilia on lääketieteessä siis diagnosoitu sairaus, eriasteinen mielenterveyden häiriö.

Tutkielman tavoitteena on herättää keskustelua lapsikohteisesta seksuaalihäiriöstä kärsivien ja muiden RL 6 tai 7 §:n nojalla tuomittujen rangaistusten ” oikeudenmukaisuudesta” ja siitä, mitä muutoksia asian suhteen olisi tehtävä, jotta rikos- ja mielenterveyslain yhteen sovittaminen olisi kokonaisuudessaan onnistunut ja että laki vastaisi tältä osin kansalaisten yleistä moraalia.

Valtioneuvosto on Suomessa havahtunut asiaa koskevan sääntelyn sekä rangaistusten koventamisen muutostarpeeseen. Ongelmana on vuoteen 2014 asti ollut se, että vankeusrangaistusten pituus ei riitä tämänhetkisten seksuaalirikoksista tuomittujen hoitojen loppuunsaattamiseen eikä uusimisriskiä saada näin ollen pienennettyä pelkillä psykiatrisilla hoito-ohjelmilla. Ongelmana on tällä hetkellä myös jo aiemmin mainittu, rikoslain 3 luvun 4 §:n uudistettu muoto, jonka mukaan rikoksentekijä voidaan todeta syyntakeettomaksi myös vakavan mielenterveyden häiriön perusteella, mutta mielenterveyslain 8 §:n mukainen tahdosta riippumattomaan hoitoon määrääminen on mahdollista vain todetun mielisairauden perusteella.

Lainsäädäntö mahdollistaa tällä hetkellä hypoteettisen tilanteen, jossa rikoksentekijä voidaan jättää rangaistukseen tuomitsematta katsomalla hänen olevan syyntakeeton vakavan mielenterveyden häiriön perusteella, mutta häntä ei tämän perusteella voida kuitenkaan määrätä MTL:n 8 §:n mukaiseen tahdosta riippumattomaan hoitoon. Tällöin rikoksentekijää ei rangaista eikä häntä voida määrätä hoitoon. Jos rikoksentekijä ei halua oma-aloitteisesti hoitoa, hän ” kävelee vapaana” ilman minkäänlaisia seuraamuksia tekemästään rikoksesta sekä ilman minkäänlaista apua sairautensa hoitoon.

2 Lapsiin kohdistuvat seksuaalirikokset

2.1. Voimassa oleva lainsäädäntö

Rikoslain (19.12.1889/39) 20 luvussa (24.7.1998/563) säädetään lapsiin kohdistuvien seksuaalirikosten rangaistavuudesta. Tämän luvun 6 §:n (20.5.2011/540) mukaan se, joka koskettelemalla tai muulla tavoin tekee kuuttatoista vuotta nuoremmalle lapselle seksuaalisen teon, joka on omiaan vahingoittamaan tämän kehitystä, tai saa tämän ryhtymään sellaiseen tekoon, on tuomittava lapsen seksuaalisesta hyväksikäytöstä vankeuteen vähintään neljäksi kuukaudeksi ja enintään neljäksi vuodeksi. 6 §:n 2 momentin mukaan lapsen seksuaalisesta hyväksikäytöstä tuomitaan myös se, joka on sukupuoliyhteydessä kuuttatoista vuotta nuoremman lapsen kanssa, jos rikos ei 7 §:n 1 momentissa tarkoitetulla tavalla ole kokonaisuutena arvostellen törkeä. Lisäksi lapsen seksuaalisesta hyväksikäytöstä tuomitaan se, joka menettelee 1 momentissa tai edellä tässä momentissa tarkoitetulla tavalla kuusitoista, mutta ei kahdeksantoista vuotta täyttäneen lapsen kanssa, jos tekijä on lapsen vanhempi tai vanhempaan rinnastettavassa asemassa lapseen nähden sekä asuu lapsen kanssa samassa taloudessa. 3 momentissa myös yritys säädetään rangaistavaksi.

Rikoslain 20 luvun 7 §:n (20.5.2011/540) mukaan rikoksentekijä on tuomittava törkeästä lapsen seksuaalisesta hyväksikäytöstä vankeuteen vähintään yhdeksi ja enintään kymmeneksi vuodeksi, jos tekijä on sukupuoliyhteydessä kuuttatoista vuotta nuoremman lapsen tai 6 §:n 2 momentissa tarkoitetussa tapauksessa kuusitoista, mutta ei kahdeksantoista vuotta täyttäneen lapsen kanssa. Edelleen rikoksentekijä on tuomittava törkeästä lapsen seksuaalisesta hyväksikäytöstä, jossa kohteena on lapsi, jolle rikos lapsen iän tai kehitystason vuoksi on omiaan aiheuttamaan erityistä vahinkoa, rikos tehdään erityisen nöyryyttävällä tavalla tai rikos on omiaan aiheuttamaan erityistä vahinkoa lapselle hänen tekijää kohtaan tuntemansa erityisen luottamuksen tai muuten tekijästä erityisen riippuvaisen

asemansa vuoksi, ja rikos on myös kokonaisuutena arvostellen törkeä. Myös törkeän lapsen seksuaalisen hyväksikäytön yritys on rangaistava.

Lääketieteessä lasta seksuaalisesti hyväksikäyttänyt henkilö diagnosoidaan useimmiten sairaaksi. Diagnoosi on tällöin lapsikohteinen seksuaalihäiriö eli pedofilia. Pedofiliasta kärsivillä seksuaalisuuden suuntaaminen kohdistuu pysyvästi lapsiin. Pedofilian tunnusmerkkejä ovat Haapasalon mukaan mm. ” toistuvat, voimakkaat seksuaaliset yllykkeet ja seksuaalisesti kiihottavat fantasiat seksuaalisesta toiminnasta puberteetti-ikää nuoremman lapsen kanssa.” Yllykkeet ja fantasiat ovat johtaneet tuomittavaan toimintaan, joka on voinut olla luonteeltaan väkivallatonta tai väkivaltaista. Kaikki lasten hyväksikäyttö ei kuitenkaan ole pedofiliaa, koska lapsen käyttäminen seksuaalisen tyydytyksen saamiseksi voi olla myös tilapäistä. Seksuaalisuuden suuntautuneisuuden lapsiin täytyy olla siis pysyvää.[5] Mielenterveyslain (14.12.1990/1116) nojalla tällaista henkilöä ei ole mahdollista määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon.

Lapsen seksuaalisen hyväksikäytön ja lapsen törkeän seksuaalisen hyväksikäytön rangaistusasteikot sekä niiden perusteella noudatettava oikeuskäytäntö ovat saaneet osakseen kovaa kritiikkiä niin mediassa kuin yleisesti kansalaisten keskuudessa.[6] Yleisenä havaintona tekemäni kyselyn perusteella voidaan todeta, että lapsen seksuaalista hyväksikäyttöä ja lapsen törkeää seksuaalista hyväksikäyttöä koskevien säännösten ei katsota vastaavan kansalaisten yleistä moraalia Suomessa, erityisesti törkeän tekomuodon rangaistusasteikon minimin osalta. Lapsen törkeän seksuaalisen hyväksikäytön osalta rangaistusasteikon minimi haluttaisiin nostaa kahteen vuoteen nykyisestä yhdestä vuodesta. Kyselyyn vastanneet kansanedustajat toivat perusteluissaan esille erityisesti sen, että ehdollisten vankeusrangaistusten tuomitsemista etenkin törkeän lapsen seksuaalisen

[5] Haapasalo (2008), s. 181–182.
[6] Tätä osoittavat esim. Kansalaisaloite lapsiin kohdistuvien seksuaalirikosten rangaistusasteikon koventamisesta (OM 56/52/2014), lukuisat kirjalliset kysymykset ja lakialoitteet (esim. KK 233/2013 vp, KK 363/2011 vp sekä lakialoite lapsen seksuaalisen hyväksikäytön rangaistusten koventamiseksi 6.4.2010/Päivi Räsänen) sekä esim. http://www.mtv.fi/uutiset/rikos/artikkeli/oikeusoppineet-ihmettelevat-lapsenraiskaajien-lievia-tuo-mioita-syyttajan-kannattaisi-valittaa/4707306. Viitattu 26.02.2015.

hyväksikäytön kohdalla ei voida ymmärtää eikä hyväksyä. Kansanedustajat toivovat, että lakia saataisiin muutettua niin, että törkeän tekomuodon rangaistusasteikon minimiä nostettaisiin kahteen vuoteen, jolloin tästä rikoksesta saatava rangaistus olisi aina tuomittava ehdottomana. Rikoslain 6 luvun (13.6.2003/515) 9 §:n (13.6.2003/515) mukaan määräaikainen, enintään kahden vuoden vankeusrangaistus voidaan määrätä ehdolliseksi, jollei rikoksen vakavuus, rikoksesta ilmenevä tekijän syyllisyys tai tekijän aikaisempi rikollisuus edellytä ehdottomaan vankeuteen tuomitsemista. Kansalaisten yleistä mielipidettä vahvistaa myös se, että lapsen seksuaalista hyväksikäyttöä koskeva kansalaisaloite[7] rangaistusten koventamisesta on nyt käsiteltävänä eduskunnassa.

Toisena seikkana vastauksista nousi esiin lapsen seksuaalisen hyväksikäytön (RL 6 ja 7 §:t) syyteoikeuden vanhentumisaika. Tavoitteena eduskunnassa on, että ainakin lapsen törkeän seksuaalisen hyväksikäytön syyteoikeus ei vanhenisi koskaan, kuten murhan kohdalla. Tästäkin asiasta on tehty useita kirjallisia kysymyksiä ja lakialoitteita[8]. Tällä hetkellä rikoslain 8 luvun (11.4.2003/297) 1 §:n (11.4.2003/297) 5 momentin (20.5.2011/540) mukaan lapsen seksuaalisen hyväksikäytön ja törkeän lapsen seksuaalisen hyväksikäytön syyteoikeus vanhentuu aikaisintaan, kun asianomistaja täyttää kaksikymmentäkahdeksan vuotta. Sama koskee kahdeksaatoista vuotta nuorempaan henkilöön kohdistunutta raiskausta, törkeää raiskausta, pakottamista sukupuoliyhteyteen, pakottamista seksuaaliseen tekoon, seksuaalista hyväksikäyttöä, paritusta, törkeää paritusta, ihmiskauppaa ja törkeää ihmiskauppaa. Syyteoikeus vanhentuu rikoksen kohteena olleen henkilön täyttäessä kaksikymmentäkolme vuotta, jos kysymyksessä on 20 luvun 8 b §:n (20.5.2011/540) 2 momentissa tarkoitettu lapsen houkuttelu seksuaalisiin tarkoituksiin. 8 luvun 6 §:n (11.4.2003/297) 3 momentin (20.5.2011/540) mukaan edellä 1 §:n 5 momentissa tarkoitetusta rikoksesta ei saa tuomita rangaistusta sen jälkeen, kun tämän pykälän 2 momentissa tarkoitettu määräaika on kulunut ja kymmenen vuotta on kulunut siitä, kun rikoksen koh-

[7] OM 56/52/2014.
[8] Ks. esim. KK 674/2012 vp ja http://www.paivirasanen.fi/2014/11/lapsen-seksuaalisenhyvaksikaytton-vanhentumisajoista-on-luovuttava-kokonaan/. Viitattu 16.02.2015.

teena ollut henkilö on täyttänyt kaksikymmentäkahdeksan tai kaksikymmentäkolme vuotta.

Oikeusministeri Anna-Maja Henriksson on ottanut kantaa hallituksen esitystä (140/2012) koskevassa Yleisradion haastattelussa siihen, pitäisikö seksuaalirikosten rangaistusasteikkojen minimiä nostaa. Hän mainitsee haastattelussa, että esimerkiksi Ruotsissa raiskauksesta saatava alin rangaistus on kaksi vuotta, kun se Suomessa on tällä hetkellä yksi vuosi. Oikeusministeri haluaisi hallitusohjelman tavoitteiden mukaisesti parantaa seksuaalirikosten uhrien asemaa koko maassa.[9] Hallitus onkin antanut esityksen Eduskunnalle laiksi rikoslain 20 luvun muuttamisesta. Se ei kuitenkaan koske lapsiin kohdistuvien seksuaalirikosten rangaistavuutta vaan ainoastaan raiskausrikosten rangaistusten koventamista.[10]

Ainoastaan tuomioistuimet voivat koventaa lapsen seksuaalisesta hyväksikäytöstä tuomittavia rangaistuksia. Jotta käytäntö kovenisi, on tuomioistuinten muutettava oikeuskäytäntöä uusilla ratkaisuillaan, jotta lapsiin kohdistuvien seksuaalirikosten rangaistuskäytäntö muuttuisi pysyvästi. Eduskunta voi vaikuttaa tähän vain säätämällä rangaistusasteikkojen minimejä korkeammiksi. Ilman tällaista lakimuutosta tuomioistuimet eivät tule muuttamaan käytäntöään, koska niiden on erittäin vaikea poiketa vakiintuneesta oikeuskäytännöstä ilman perusteltua syytä. Marianne Wagner-Prennerkin painotti haastattelussa sitä seikkaa, että tuomioistuimet ovat sidottuja korkeimman oikeuden ja hovioikeuksien ohjaamaan oikeuskäytäntöön, jonka noudattaminen takaa yhdenvertaisuusperiaatteen toteutumisen[11]. Pirkko Brusila kuvaa tuomioistuinkäytännön merkitystä osuvasti artikkelissaan *Uhrin näkökulma: "* [o]ikeuslaitoksen olisi syytä pohtia tuomiokäytäntöjensä linjauksia, jotta uhrit kokisivat tulleensa kohdelluiksi oikeudenmukaisesti. Juridiset

[9] http://yle.fi/uutiset/oikeusministeri_kannattaa_seksuaalirikollisten_kemiallista_kastraatiota/5391831. Viitattu 16.02.2015.
[10] Ks. HE 216/2013.
[11] Wagner-Prenner (2015).

kannanotot viestittävät myös yhteiskunnan asenteista seksuaalirikollisuutta kohtaan." [12]

Lappi-Seppälän ja Niemen mukaan vuonna 2012 lapsen seksuaalisesta hyväksikäytöstä tuomittiin päärikoksena 218 henkilöä, kun tuomittuja rikoksia oli yhteensä 384. Valtaosa heistä (87 %) tuomittiin ehdolliseen vankeuteen. Yksittäisestä rikoksesta saadun rangaistuksen keskipituus oli 6,8 kuukautta ja yhteisrangaistuksen 7,8 kuukautta. Ehdottomaan vankeusrangaistukseen tuomittiin vain noin 9 %. Ehdottoman vankeusrangaistuksen keskipituus oli yksittäisten rikosten kohdalla 5,9 kuukautta ja kaikkien vankeusrangaistusten osalta 17,1 kuukautta. Törkeästä lapsen seksuaalisesta hyväksikäytöstä tuomittiin vuonna 2012 ehdottomia vankeusrangaistuksia 61, joista 74 prosenttia oli ehdottomia vankeusrangaistuksia. Tuomittuja lapsen törkeitä seksuaalisia hyväksikäyttörikoksia oli tuolloin 94. Ehdottoman vankeusrangaistuksen keskipituus oli noin 3 vuotta.[13]

Seksuaalinen hyväksikäyttö aiheuttaa lapselle vakavia psyykkisiä ja fyysisiä oireita.[14] Seksuaalisesta hyväksikäytöstä saatavien rangaistusten tulisi olla tasapainossa aiheutettuun vahinkoon nähden, mitä ne eivät tekemäni kyselyn perusteella tällä hetkellä yleisen moraalin valossa ole. Hinkkasen tutkimuksesta käy ilmi, kuinka tavallista rangaistuskäytännössä on pelkän ehdollisen vankeuden tuomitseminen[15].

Seuraavalla sivulla olevassa taulukossa (taulukko 1) on nähtävissä voimassa olevan lainsäädännön mukaiset lapsen seksuaalisen hyväksikäytön sekä lapsen törkeän seksuaalisen hyväksikäytön rangaistusasteikot sekä näistä rikoksista saatavien tuomioiden keskimääräiset pituudet.

[12] Brusila (2006), s. 341.
[13] Lappi-Seppälä & Niemi (2014), s. 354.
[14] Ks. Hinkkanen (2009), s. 27–28.
[15] Ks. Hinkkanen (2009), s. 34.

Taulukko 1. Rangaistusasteikko ja rangaistuskäytäntö (2013): RL 20:6 (Y yhteensä= 125, K yhteensä= 218) ja RL 20:7 (Y yhteensä= 16, K yhteensä= 61).

	Lapsen seksuaalinen hyväksikäyttö (RL 20:6)	**Lapsen törkeä seksuaalinen hyväksikäyttö (RL 20:7)**
Rangaistusasteikko	4 kk – 4 v	1 v – 10 v
Sakko	Y=3 K=3	Y= - K= -
Ehdollinen vankeus	Y=114 K=190	Y=6 K=16
Yhdyskuntapalvelu	Y=4 K=6	Y= - K= -
Ehdoton vankeus	Y=4 K=19	Y=10 K=45
RANGAISTUSKÄYTÄNTÖ (Rangaistusten/päiväsakkojen keskipituus/lukumäärä)		
Sakko	Y=40 ps K=40 ps	Y= - K= -
Ehdollinen vankeus	Y= 6,8 kk K= 7,8 kk	Y=15,3 kk K= 17,8 kk
Yhdyskuntapalvelu	Y= 129 h K= 153 h	Y= - K= -
Ehdoton vankeus	Y= 5,9 kk K= 17,1 kk	Y= 22,5 kk K= 40,7 kk

Y= tuomio koskee yksittäisrikosta K= tuomio koskee yhtä tai useampaa rikosta

ps= päiväsakko Lähde: Tilastokeskus

2.2. Lapsiin kohdistuva seksuaalirikollisuus

Poliisin tietoon tulee vuosittain yhä enemmän lapseen kohdistuvia seksuaalirikoksia. Kun näitä rikoksia tarkastellaan pidemmällä aikavälillä, havaitaan, että vuosittaisten ilmi tulleiden tapausten määrä on kahdeksankertaistunut vuodesta 1980.[16] Se ei kuitenkaan merkitse sitä, että mainittu rikos ilmiönä olisi lisääntynyt. Taustalla on Lappi-Seppälän ja Niemen mukaan pikemminkin viranomaiskontrollin lisääntyminen.[17] Poliisin tietoon vuonna 2013 tuli 1 657 lapsiin kohdistunutta seksuaalista hyväksikäyttörikosta. Tämä on jopa kuusi prosenttia enemmän kuin vuonna 2012. Vuoden 2014 ensimmäisen neljänneksen aikana rikosten määrä oli hieman vähentynyt verrattuna vuoden 2013 ensimmäiseen neljännekseen.[18]

Ilmitulleissa rikoksissa hyväksikäyttökertojen määrä jäi yhteen noin 40 prosentissa tapauksista. Noin kolmasosassa tapauksista hyväksikäyttökertoja oli ollut 11–100 ja 10 prosentissa yli 100. Noin puolet tapauksista (lapsen seksuaalinen hyväksikäyttö) sisälsivät sukupuoliyhteyden. Törkeissä tekomuodoissa sukupuoliyhteyden sisälsi noin kaksi kolmasosaa tapauksia.[19]

Lappi-Seppälän ja Niemen mukaan hyväksikäyttömahdollisuudet ovat huomattavasti lisääntyneet internetin käytön lisääntyessä. Tekijöiden on mahdollista löytää itselleen sopivimmat uhrit esimerkiksi internetin keskustelupalstoilta.[20] Internetin kautta tapahtuvaa seksuaalista hyväksikäyttöä kartoittaneiden tutkimusten mukaan varsinaiseen fyysiseen kontaktiin johtaneita tapauksia on vähän, mutta internetissä tapahtuva seksuaalinen ahdistelu on hyvin yleistä ja moniulotteista.[21] Lapsiin kohdistuvien seksuaalirikosten arkaluontoisuuden vuoksi rikoksia ei aina ilmoiteta viranomaisille.[22] Myös Wagner-Prennerin mukaan näiden rikosten kohdalla piilorikollisuuden osuuden arvioidaan olevan hyvin korkea.[23]

---

[16] Ks. Lappi-Seppälä & Niemi (2014), s. 102 (kuvio 5).
[17] Lappi-Seppälä & Niemi, s. 101.
[18] Rikollisuustilanne (2014), Tiedotusvälineille, s. 2.
[19] Hinkkanen (2009), s. 20.
[20] Lappi-Seppälä & Niemi (2014), s. 100.
[21] Esim. Kimberly 2001; Brå 2008; Salmi 2008e.
[22] Lappi-Seppälä & Niemi (2014), s. 102.
[23] Wagner-Prenner (2000), s. 174.

Hyväksikäytetty voi salata asian vanhemmiltaan tai vanhemmat eivät halua tehdä rikosilmoitusta suojellakseen lastaan julkisuudelta. Jos hyväksikäyttö on tapahtunut perheen sisällä, rikoksen ilmitulo on pitkälti riippuvainen siitä, tuleeko se muuten esille esimerkiksi päiväkodissa, koulussa tai terveydenhuollon puolella.[24] Ruotsissa onkin arvioitu, että vain 3–12 prosenttia lapsiin kohdistuvista seksuaalirikoksista tulee viranomaisten tietoon.[25]

2.3. Lapsiin kohdistuvien seksuaalirikosten selvittämisen ongelmat

Lapsen seksuaalisen hyväksikäytön selvittämisestä on annettu kansallinen suositus *(Käypä hoito: Lapsen seksuaalisen hyväksikäytön epäilyn tutkiminen)*, jonka mukaan lapsen seksuaalisen hyväksikäytön tutkiminen pyritään keskittämään erikoissairaanhoitoon, koska sen somaattinen tutkiminen, lapsen oikeuspsykologinen haastattelu ja johtopäätösten tekeminen vaativat erityisosaamista. Suosituksen mukaan lapsen kertomukset, jotka saattavat viitata seksuaaliseen hyväksikäyttöön, ovat vahva peruste sille, että kertomuksiin on aina suhtauduttava vakavasti.[26] Myös Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisemaan *Lasten suojelun käsikirjaan*[27] on koottu ohjeita lapsen pahoinpitelyn ja hyväksikäytön epäilyn selvittämiseksi.

Lapseen kohdistuvien seksuaalirikosten selvittämisprosentti on viimeisen kymmenen vuoden aikana vaihdellut välillä 30–55 %.[28] Sariola toteaakin, että ihmiset luottavat ajoittain liiaksi oikeuslaitoksen mahdollisuuksiin auttaa vaikeuksissa olevaa lasta ja/tai perhettä. Oikeuslaitoksen toiminta on usein hidasta ja todistaminen erittäin työlästä. Yleensä seksuaalisen hyväksikäytön tapauksissa tilanne jäädytetään odottamaan tuomioistuimen ratkaisua, mutta uhrin (lapsen) kannalta ajat ovat liian pitkiä ja väliaikaiset ratkaisut monesti hyödyttömiä. Useissa tapauk-

[24] Lappi-Seppälä & Niemi (2014), s. 102.
[25] Ks. Brå (2008).
[26] Piha ym. (2013).
[27] http://www.thl.fi/fi/web/lastensuojelun-kasikirja.
[28] Hinkkanen (2009), s. 11.

sissa lapsuus on jo ohi, ennen kuin tuomioistuimen selvitystyö on valmis.[29] Nykyään yhä useammat lapsen seksuaaliset hyväksikäyttötapaukset tulevat ilmi vasta aikuisiällä, jolloin selvittäminenkin on huomattavasti hankalampaa ja täten siihen kuluu myös huomattavasti enemmän aikaa.

Päivi Hirvelä on todennut, että koska kyseessä on rikostutkinta, on asian luonteesta johtuvaa, että orientaatio tutkinnassa on juridinen ja selvittämisintressi ensisijainen. Loogisena seurauksena tästä on se, että selvityksen tekijältä edellytetään rikostutkinnallista osaamista ja rikostutkinnan tavoitteiden ja periaatteiden ymmärtämistä. Sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden perusorientaatio on kuitenkin auttamisessa ja hoitamisessa. Ensisijaisena tavoitteena hyväksikäyttöepäilyssä he itse kokevatkin lapsen tilanteen ja hoidon tarpeen selvittämisen sekä lastensuojelullisten tukitoimien arvioinnin ja vasta tämän jälkeen tosiasiallisten tapahtumien selvittämisen. Sosiaaliviranomaisilla ei välttämättä muutenkaan ole esitutkinnan edellyttämää taitoa eivätkä he aina edes tiedä olevansa tekemässä rikostutkintaa. Esitutkintaan osallistuvien henkilöiden roolien epäselvyys voi johtaa tilanteeseen, jossa esitutkinnassa käytettyjen menetelmien kyseenalaisuuden vuoksi selvityksen todistusarvo oikeusvarmuuden vuoksi joudutaan arvioimaan hyvin alhaiseksi tai kokonaan todistusarvoa vailla olevaksi. Tällöin selvittämiseen uhrattu työpanos on ollut lopputuloksen kannalta turha ja aiheuttanut enemmänkin haittaa kuin hyötyä. Tutkimuskäytöntöihin liittyvänä ongelmana ovat siis esimerkiksi terapian ja rikoksen selvittämisen erilaiset lähtökohdat ja tavoitteet. Rikostutkinnassa ensisijaisena tavoitteena on totuuden selvittäminen, terapiassa ei. [30]

Ongelmallista Sariolan mukaan on esimerkiksi se, että asiassa annettavat lausunnot saattavat olla epätäsmällisiä ja asiaa selvittävät työntekijät saattavat tarttua vain yhteen hypoteesiin siitä, mitä on tapahtunut. Ongelmallista on Sariolan mukaan myös se, ettei psykologisesti arvioiduista monitulkintaisista u-

[29] Sariola (1997), s. 41.
[30] Hirvelä (1997), s. 1048.

nista tai piirustuksista voida varmuudella todeta mitä tosiasiassa on tapahtunut. Näyttö on tämän kannalta rikosoikeudellisesti liian heikkoa.[31]

Sariola jatkaa aiheesta artikkelissaan kuvaamalla San Fransiscon yliopiston professori Paul Ekmanin tutkimuksia valehtelun ja ihmisen ulkoisen käyttäytymisen suhteesta. Sariolan mukaan käyttäytymisen tulkinta on erittäin vaikeaa. Paul Ekman on tutkinut tätä suhdetta parikymmentä vuotta ja tullut Sariolan mukaan siihen tulokseen, että valehtelun päätteleminen ihmisen hermostuneisuudesta, eleistä tai muusta sellaisesta on erittäin vaikeaa ja epävarmaa. Eräässä kokeessaan Ekman oli näyttänyt eri alojen ammattilaisille todellisessa tilanteessa kuvattua videonauhaa, jossa masennuksen ja itsemurha-ajatuksien vuoksi hoidossa oleva potilas vakuuttaa psykiatrilleen mielialansa olevan hyvä ja haluavansa lomalle. Kuvattu videonauha näytettiin eri ammattiryhmille. Psykiatreilla ja psykologeilla ei tutkimuksen perusteella ollut kykyä erottaa puhuiko potilas totta vai ei. Tutkimuksessa vastaukset jakautuivat satunnaisesti. Ekmanin vertailemista ammattiryhmistä ainoastaan liittovaltion poliisit kykenivät satunnaista paremmin havaitsemaan, että potilas ei puhunut totta. Todellisuudessa psykiatri oli myöntänyt potilaalle loman ja potilas oli tehnyt itsemurhan. Koe osoittaa Sariolan mukaan sen, että vankka luottamus omaan intuitioon ei riitä. Johtopäätöksistä on kyettävä kommunikoimaan sekä kollegoiden että muiden ammattiryhmien kanssa. Johtopäätösten on kestettävä objektiivinen kritiikki. Sariolan mukaan maallikon ei tarvitse uskoa asiantuntijaan eikä asiantuntijan tule vedota auktoriteettiinsa saavuttaakseen luottamuksen. Asiantuntijan on kyettävä osoittamaan mitkä ovat tosiasiat sekä mitä ja miten niistä voidaan päätellä.[32]

Saksassa tuomioistuinten palveluksessa toimii noin 400 oikeuspsykologia. Toisin kuin monissa muissa maissa, Saksassa todistuspsykologi on tuomioistuimen asiantuntija, jonka tulee olla ehdottoman puolueeton ja riippumaton suhtautumisessaan asian osapuoliin. Todistuspsykologin tulee pyrkiä ainoastaan sen selvittämiseen, mikä asiassa on totta. Kun oikeuspsykologi on tutkinut tapauksen

[31] Sariola (1997), s. 41.
[32] Sariola (1997), s. 41–42.

hän kirjoittaa siitä lausunnon ja esiintyy tämän jälkeen asiantuntijatodistajana oikeudessa. Lausunnossa esitetään tutkimuksissa havaitut tosiasiat ja perustellaan niistä tehdyt johtopäätökset. Tämän jälkeen lausunto esitetään tuomarille. Saksassa oikeuspsykologin lausunto kuuluu todistusaineistoon, jonka perusteella tuomioistuin tekee ratkaisunsa.[33]

Suomessa tällaista vastaavaa järjestelmää ei ole. Lapsen seksuaalisen hyväksikäytön selvittäminen on jäänyt ensisijaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisten harteille. Näissä viranomaisissa työskentelevillä ei pääsääntöisesti ole oikeuspsykologista koulutusta. He käyttävät asian selvittelyyn erilaisia asiakkaan psykologiseen arviointiin ja terapiatyöhön tarkoitettuja testejä ja menetelmiä, joilla ei tulisi olla oikeudessa mitään painoarvoa arvioitaessa näyttöä lapsen seksuaalisesta hyväksikäytöstä. Oikeuslaitoksen ongelmana näyttää Suomelan mukaan olevan se, että sillä ei omalta puoleltaan ole ammattitaitoa arvioida psykologisten ja psykiatristen tutkintamenetelmien pätevyyttä oikeudellisena näyttönä. Tämän vuoksi vaarana onkin, että tällaisiin tutkimuksiin perustuva asiantuntijalausunto hyväksytään näytöksi. Suomelan mukaan yhtenä vaaratekijänä ovat Suomessakin kouluttajana toimineen Tillman Fürnissin suosittelemat moniammatilliset SERI-ryhmät, joihin myös poliisit ovat Suomessa osallistuneet.[34] Tällä Suomela viittaa todennäköisesti puolueettomuuden vaarantumiseen muun muassa poliisien osalta. Tätä Suomelan näkemystä ei voida aivan täysin allekirjoittaa. Esimerkiksi Oulun yliopistollisen sairaalan lastenpsykiatrian klinikan yhteydessä toimivaan Lasten ja nuorten oikeuspsykiatrian yksikköön (SERI-tiimi) kuuluu vain sosiaalityöntekijöitä, psykologeja ja erikoislääkäreitä (psykiatreja). Poliisit eivät tiettävästi kuulu SERI-tiimiin, vaan he pyytävät SERI-tiimiltä virka-apua, jonka perusteella asiantuntijat SERI-tiimissä tutkivat asiaan osallisia ja kirjoittavat lausuntoja käsiteltävänä olevista tapauksista. Poliisin puolueettomuuden ei voida siis tältä osin katsoa vaarantuvan.

[33] Sariola (1997), s. 43.
[34] Suomela (1997), s. 154.

Marianne Wagner-Prennerin mukaan lapseen kohdistuvia seksuaalirikoksia tutkitaan nykyään asiaan erikoistuneiden sairaaloiden osastoilla, joissa tutkimuksia tekevät aiheeseen erikoistuneet psykiatrit. Syyttäjän syyte perustuu yleensä näihin tutkimustuloksiin. Myös poliisi kuulustelee osaa lapsista, iästä riippuen. Poliisissa on nykyään näihin haastatteluihin erikoistuneita poliiseja. Wagner-Prennerin mukaan myös syyttäjä sekä asianomistaja saattavat käyttää psykiatreja asiantuntijoina oikeudenkäynnissä, jossa käsitellään lapseen kohdistunutta seksuaalirikosta. Useimmiten nämä asiantuntijalausunnot tuodaan oikeudenkäyntiin kirjallisina, mutta asianosaisten aloitteesta psykiatreja voidaan kuulla myös henkilökohtaisesti. Psykiatrit ottavat lausunnoissaan kantaa yleensä tutkimustuloksiin, lapsen kertomuksen uskottavuuteen sekä lapselle aiheutuneeseen henkiseen kärsimykseen.[35]

Underwager ja Wakefield ovat ottaneet kantaa lapseen kohdistuvien seksuaalirikosten yhteydessä käsiteltäviin vahingonkorvauskanteisiin. Heidän mukaan seksuaalista hyväksikäyttöä koskevissa korvauskanteissa itse hyväksikäyttö saatetaan myöntää, mutta riita syntyy siitä, miten paljon seksuaalinen hyväksikäyttö on vahingoittanut uhria. Jos hyväksikäyttö myönnetään, saatetaan riidellä myös tungettelusta ja sen laajuudesta. Tämän vuoksi Underwagerin ja Wakefieldin mielestä arvioinnissa tulisi kiinnittää erityistä huomiota seuraaviin kysymyksiin:

1) Millaisia ovat kantajan persoonalliset ominaispiirteet ja tämänhetkinen psykologinen toiminta?

2) Mikä on tunneperäisten ongelmien todennäköinen syy?

3) Mikä on todennäköisyys, että tapaus tapahtui niin kuin on väitetty?

4) Mitä vaihtoehtoisia selityksiä kantajan lausunnoille on?

5) Milloin kantaja tajusi, että häntä on käytetty seksuaalisesti hyväksi (muistonpalautumisessa, kun on kyse aikuisesta)?[36]

[35] Wagner-Prenner (2015).
[36] Underwager & Wakefield (1997), s. 116.

Kuten Wagner-Prennerkin haastattelussaan totesi, psykiatri ottaa lausunnossaan tai kuulemisessaan kantaa ainakin osaan näistä kysymyksistä. Muistonpalautumisia käsitellään lähemmin kappaleessa 3.3.

Yhteenvetona voidaan todeta, että lapsen seksuaalisen hyväksikäytön selvittäminen on erittäin hankalaa ja aikaa vievää, koska tapahtuma-ajasta on saattanut kulua useitakin vuosia. Suomessa voitaisiinkin alkaa pohtia mahdollisia uusia toimintamalleja, jotta tällaisten rikosten selvittäminen helpottuisi ja käsittelyajat lyhenisivät.

3 Psyykkiset sairaudet ja rikollinen käyttäytyminen

3.1. Tutkimuksia

Psyykkisten sairauksien ja rikollisen käyttäytymisen välinen yhteys on tunnistettu jo antiikin ajoista lähtien. Tämä yhteys on otettu huomioon lähes kaikkien valtioiden lainsäädännössä. Aihe on silti ollut yksi kiistanalaisimmista kysymyksistä oikeuspsykiatrisessa tutkimuksessa. Mielenterveyden häiriöiden ja rikollisen käyttäytymisen välistä yhteyttä voidaan tutkia kolmea eri menetelmää käyttäen. Ensimmäinen tapa on tutkia psyykkisten sairauksien ja mielenterveyden häiriöiden esiintyvyyttä rikoksentekijöiden keskuudessa. Toinen keino on tutkia rikollisen käyttäytymisen esiintyvyyttä psyykkisesti sairaiden keskuudessa. Kolmas menetelmä on metodologisesti kaikkein varmin. Siinä seurataan laajoja kohorttiaineistoja, joissa tiedot on kerätty kaikista henkilöistä laajasti samalla tavalla.[37]

Useita erilaisia tutkimuksia psyykkisten sairauksien ja rikollisen käyttäytymisen välisestä yhteydestä on julkaistu 1990-luvulta lähtien. Näiden tutkimusten tulokset ovat olleet hyvin samansuuntaisia. Muun muassa skitsofrenian on todettu lisäävän henkirikosriskiä 5–10-kertaiseksi. Myös alkoholiriippuvuus lisää henkirikosriskiä luultavasti vielä huomattavasti enemmän kuin tutkimusten perusteella voidaan olettaa. Henkirikoksia lievemmistä rikoksista, kuten seksuaalirikoksista on Tiihosen mukaan erittäin hankala saada perustavanlaatuista tieteellistä tutkimustietoa.[38]

Child abuse and mental disorders in Canada -nimisen tutkimuksen mukaan lapseen kohdistuvien seksuaalirikosten ja mielenhäiriöiden välillä on löydetty vahva liittymä.[39] Tutkimuksessa on eroteltu kolmen tyyppisiä lapseen kohdistuvia rikoksia, joista yksi on lapseen kohdistuva seksuaalinen väkivalta.

[37] Tiihonen (2013), s. 612–613.
[38] Tiihonen (2013), s. 613.
[39] Afifi ym. (2014), s. 8.

Useimmat haastattelun perusteella diagnosoidut mielenhäiriöt ja useat itse raportoidut mielenhäiriöt pysyivät yhteydessä lapsen seksuaaliseen hyväksikäyttöön. Pakko-oireiset häiriöt olivat yksistään yhteydessä lapsen seksuaaliseen hyväksikäyttöön. Posttraumaattinen stressihäiriö ja oppimisvaikeudet pysyivät yhteydessä lapsen seksuaaliseen hyväksikäyttöön.[40]

Dobashin, Carnien ja Waterhousen mukaan on muistettava, että lapseen kohdistuvien seksuaalirikosten tekijöiden tutkiminen on vielä alkutekijöissään [41]. Britanniassa[42] ja Kanadassa on olemassa kattavimmat tutkimusaineistot.

Dobash, Carnie ja Waterhouse ovat ottaneet kirjoituksessaan esimerkkinsä Skotlannissa toteutetusta lasten hyväksikäyttäjien ohjauksesta. Tässä yhteydessä tehdyssä tutkimuksessa on tutkittu hyväksikäyttäjien ominaisuuksia. Tutkimustuloksista käy ilmi, että 99 %:ssa tapauksista hyväksikäyttäjä oli mies. Heidän ikä vaihteli välillä 10–81 vuotta, ja tavallisin ikä oli 40 vuotta.[43] Tulokset paljastivat, että 213 hyväksikäyttötapauksessa 5 % miehistä oli kokenut fyysistä tai seksuaalista pahoinpitelyä lapsena, 6 % vain fyysistä pahoinpitelyä ja 12 % yksinomaan seksuaalista väkivaltaa. Tämä tarkoittaa, että 23 % myöhemmistä hyväksikäyttäjistä oli kokenut seksuaalista ja/tai fyysistä väkivaltaa.[44]

Perhepiirissä varoitetaan usein lapsia puhumasta tuntemattomille henkilöille. Dobashin, Carnien ja Waterhousen mukaan lapsen seksuaalisen hyväksikäytön kohdalla ongelman muodostaa kuitenkin uhrille jo ennestään tutut henkilöt[45]. Tämän alleviivaa myös Merja Laitinen, jonka tekemässä tutkimuksessa uhreja yhdisti se, että hyväksikäyttäjä on ollut heidän ennestään tuntema ja läheinen henkilö, johon heillä on ollut kiintymys- ja luottamussuhde. Laitisen tutkimuksesta

[40] Afifi ym. (2014), s. 4–5.
[41] Dobash, Carnie & Waterhouse (2003), s. 120.
[42] Emt.
[43] Dobash, Carnie & Waterhouse, s. 126.
[44] Emt.
[45] Dobash, Carnie & Waterhouse, s. 126.

käy ilmi, että hyväksikäyttäjällä on ollut keskeinen ja tärkeä rooli sekä merkitys heidän lapsuudessa ja nuoruudessa[46].

Laitisen mukaan lapsena seksuaalista hyväksikäyttöä kokeneen vaikeuksien pohjalla oleva traumaattinen seksualisaatio syntyy silloin, kun seksuaalisuus yhdistyy negatiivisiin tunteisiin ja muistoihin. Kokemus seksuaalisesta hyväksikäytöstä muokkaa käsitystä sukupuolesta, seksuaalisuudesta ja sukupuolimoraalista. Oman seksuaalisuuden kieltämisen lisäksi sukupuolisuuden yltiömäinen korostaminen on uhreille tavallista. Laitisen haastattelemien naisten sekä miesten kertomuksissa toistuivat oravanpyörämäisesti alkoholi, lääkkeet tai huumeet ja seksi. Riippuvuuksien kautta rakentuvalle seksuaalisuudelle on ominaista sen korostuneisuus. Seksuaalisuuden kautta seksuaalisen hyväksikäytön uhri saattaa hakea lämpöä, läheisyyttä, rakkautta ja turvaa. Tämä tarkoittaa kuvaannollisesti sitä vanhemman syliä, jota ilman uhri on lapsena jäänyt. Toisaalta se voi olla uhrille myös väline kontrolloida tai keino kostaa ja purkaa vihaa vastakkaiseen sukupuoleen, joka tässä yhteydessä edustaa lapsuuden hyväksikäyttäjää. Näin ollen vallan, väkivallan ja sukupuolen kytkökset toisintavat itseään. Sukupuolisuus mahdollistaa ja takaa sen vallan, joka voidaan kanavoida väkivaltaisesti seksuaalisuuden kautta ja samalla muiden tarpeita riistäen**.** Tällä voidaan selittää lapsen seksuaalisen hyväksikäytön ylisukupolvista esiintymistä. Tällä tarkoitetaan sitä, että uhrit alkavat toistaa lapsuudessaan oppimaansa vanhemmuuden mallia.[47]

Lapsen seksuaalisen hyväksikäytön kohdalla rikollisuuden jatkuminen näyttäisi joissakin tapauksissa olevan jatkuva oravanpyörä. Henkilö, joka on lapsuudessaan kokenut seksuaalista hyväksikäyttöä, monesti myös syyllistyy itse tähän aikuisiällä. Tämä ketju taas saattaa toistua vastaisuudessa hänen uhrinsa kohdalla.

Brusilan mukaan väkivallasta jää lähes aina jonkinasteisia psyykkisiä traumoja. Kun toipumisprosessi monimutkaistuu, on kyse traumaperäisestä stressihäiriöstä (PTSD). Väkivallan uhriksi joutuneelle on tyypillistä erittäin voimakas häpeän tunne.

[46] Laitinen (2004), s. 94.
[47] Laitinen (2004), s. 247. Ks. myös Rowan ym. (1994), s. 51–61 ; Iisalo ym. (2002), s. 62.

Uhri myös usein syyttää itseään tapahtuneesta. Nuoret ovat tässä suhteessa erityisesti riskiryhmä, koska heillä ei usein ole valmiuksia kertoa ja käsitellä kokemaansa väkivaltaa. Brusilan mukaan seksuaalista väkivaltaa kokeneilla nuorilla esiintyy muita enemmän psykosomaattisia oireita, ja he alkavat itsekin käyttäytyä väkivaltaisesti.[48]

Seksuaalisen hyväksikäytön seurauksia ja vaikutuksia on tutkittu kansainvälisesti paljon ja niitä on pilkottu kauko- ja lähivaikutuksiin, suoriin ja epäsuoriin sekä lyhyt- ja pitkäkestoisiin vaikutuksiin.[49] Monitahoiset sukupuoleen ja seksuaalisuuteen liittyvät vaikeudet ovat uhreille tyypillisiä. Edelläkin jo mainittu traumaattinen seksualisaatio on yksi seksuaalisen hyväksikäytön posttraumaattisen oireyhtymän (PSTD) muodoista, joka syntyy seksuaalisuuden yhdistymisestä negatiivisiin tunteisiin ja muotoihin. Seksuaalinen hyväksikäyttö loukkaa lapsen ruumiillista koskemattomuutta ja herättää hänen seksuaalisuutensa kehitystasoon nähden liian aikaisin. Tämä voi näkyä myöhemmin elämässä esimerkiksi pelkona seksuaalisuutta kohtaan tai ylikorostuneena seksuaalisena käyttäytymisenä.[50]

Alankomaisen selvityksen mukaan erilaisista seksuaalisuuteen liittyvistä ongelmista apua hakevilla ja hoitoa tarvitsevilla on 30 %:lla seksuaalisen väkivallan kokemuksia ja vielä terapiankin jälkeen heistä 53 %:lla posttraumaattisen stressireaktion oireita, 32 %:lla vaikeaa depressiota, 56 %:lla psykosomaattisia oireita, 62 %:lla aleksitymiaa eli kyvyttömyyttä ilmaista tunteita ja 48 %:lla dissosiatiivisia häiriöitä.[51]

Väätäisen mukaan monissa tapauksissa seksuaalinen hyväksikäyttö on henkilön tapa ratkaista omia sisäisiä ristiriitoja, turhautuneisuutta, ahdistuneisuutta, pettymystä, vihaa ja heikkouden kokemuksia. Joissakin tapauksissa se on myös keino, tai ainakin yritys, huoltaa omaa häpäistyä lapsuutta.[52]

---

[48] Brusila (2006), s. 336–337.
[49] Esim. Wolfe (1987).
[50] Esim. Martens (1989), s. 112; Glaser & Frosh (1993), s. 23; Rowan ym. (1994), s. 51–61.
[51] Brusila (2006), s. 337.
[52] Väätäinen (2006), s. 344.

Mattilan ja Lönnqvistin mukaan tautiluokituksen (ICD-10) kohtaan F60 (Aikuisiän persoonallisuus- ja käytöshäiriöt) sisältyy erillinen alaluku, Sukupuoliset kohdehäiriöt, F65 eli parafiliat. Näille on ominaista esimerkiksi toistuvasti esiintyvät ja voimakkaana koetut seksuaalisen käyttäytymisen muodot, jotka liittyvät epätavallisiin kohteisiin, esimerkiksi lapsiin. Seksuaaliset kohdehäiriöt alkavat usein jo nuoruudessa ja ne ovat yleensä luonteeltaan kroonisia. Psykoanalyyttisten teorioiden mukaan seksuaalisissa kohdehäiriöissä saattaa olla kysymys jumittumisesta varhaiseen psykoseksuaaliseen kehitysvaiheeseen ja tarpeesta toistaa jotakin traumatisoinutta kokemusta.[53]

Mattilan ja Lönnqvistin mukaan lapsikohteisen seksuaalihäiriön diagnoosi edellyttää, että uhri on hyväksikäyttäjäänsä vähintään 5 vuotta nuorempi, joko esimurrosikäinen tai murrosikäinen. Lisäksi se edellyttää, että hyväksikäyttäjä on itse täyttänyt 16 vuotta. Mattilan ja Lönnqvistin mukaan on huomattava, että kaikki lapsiin kohdistuva seksuaalinen hyväksikäyttö ei täytä lääketieteessä käytetyn termin, pedofilia, diagnostisia kriteerejä. Lapsikohteisesta seksuaalihäiriöstä kärsivillä on myös todettu olevan muita useammin muitakin mielenterveyden häiriöitä ja myös he alleviivaavat sen, että pedofiliaan taipuvilla ihmisillä on itsellään lapsuudessa kokemuksia esimerkiksi seksuaalisesta hyväksikäytöstä.[54]

3.2. Psyykkisten sairauksien luokittelusta: lääketiede ja oikeustiede

Markku Salo on luonnehtinut koko psykiatrian perusaksioomaa seuraavasti: ” Koko somatistinen psykiatriahan lähtee liikkeelle siitä, että mielen sairauksissa on kysymys keskushermoston häiriöistä tai sairaudesta, jolloin häiriöistä kärsivä a) ei ole vastuussa häiriöistään b) eikä voi omatoimisesti suuremmin vaikuttaa häiriön olemassaoloon ja sen hänelle aiheuttamiin haittoihin.” [55] Tämä luonneh-

[53] Mattila ja Lönnqvist (2013), s. 374–375.
[54] Mattila ja Lönnqvist (2013), s. 375–376.
[55] Salo (1992), s. 77.

dinta kytkeytyy sujuvasti rikoslain 4 §:n (13.6.2003/515) 2 momentin mukaiseen syyntakeettomuuden määritelmään, jonka mukaan tekijä on syyntakeeton, jos hän ei tekohetkellä kykene mielisairauden, syvän vajaamielisyyden taikka vakavan mielenterveyden tai tajunnan häiriön vuoksi ymmärtämään tekonsa tosiasiallista luonnetta tai oikeudenvastaisuutta taikka hänen kykynsä säädellä käyttäytymistään on sellaisesta syystä ratkaisevasti heikentynyt (syyntakeettomuus).

Psykiatrian ja oikeustieteen yhteensovittamisessa on ollut ongelmia. Vastakkainasettelua on aiheuttanut esimerkiksi se, että psykiatrit saattavat yksittäistapauksessa arvioida rikoksentekijän mielentilan eri tavalla ja päätyä syyntakeisuuden kannalta eri lopputulokseen kuin tuomioistuin.[56] Pierre Rivieren tapaus on ollut yksi merkittävistä oikeudenkäynneistä, joiden kautta psykiatrit ovat pyrkineet osoittamaan oman alansa merkityksen tuomioistuimissa.[57] Suomessa oikeuspsykiatria kuuluu lääketieteen erikoisaloihin. Sen keskeisenä tehtävänä on arvioida sitä, mitkä riskitekijät, ja missä määrin, lisäävät rikollisen käyttäytymisen riskiä.[58]

Syyntakeisuusarvioinnin kannalta tärkeä on pohtia rikoslain 3 luvun 4 §:n vuonna 2004 voimaan tulleen uuden muodon mukaista vakavan mielenterveyden häiriön käsitettä. Hallituksen esityksen mukaan vakava mielenterveyden häiriön käsite viittaa vaikeisiin rajatiloihin ja sekavuustiloihin[59]. Siinä mainitaan myös seikka, jonka mukaan nykyisellä tautiluokituksella ja sillä, kuinka sen tuntemat sairaudet sijoittuvat lain kriteereihin, ei ole ratkaisevaa merkitystä syyntakeisuusarvioinnissa. Olennaista on se, miten rikoksentekijän sairaus on vaikuttanut hänen kykyynsä kontrolloida käyttäytymistään, arvioida realiteetteja ja tekonsa moraalista merkitystä sekä oikeudenvastaisuutta.[60]

Tiihosen mukaan käsite ” vakava mielenterveyden häiriö” voi osoittautua ongelmalliseksi, koska lain esitöissä tämä käsite viittaa vaikeisiin rajatiloihin ja se-

[56] Pajuoja (1995), s. 43.
[57] Castel (1978), s. 265–269.
[58] Tiihonen (2013), s. 611–612.
[59] HE 44/2002 vp, s. 63.
[60] HE 44/2002 vp, s. 63.

kavuustiloihin, mutta käsite ” rajatila” ei Tiihosen mukaan ole yleiskieltä eikä myöskään tautiluokituksen mukainen lääketieteellinen diagnoosi. Tiihonen arvioi, että käsitteellä viitattaisiin ilmeisesti ICD-10-luokituksen diagnoosiin ” *tunne-elämältään epävakaa persoonallisuus F60.3* ja *sen rajatilatyyppiin, F60.31.*" Tiihonen oudoksuu lain esitöiden perusteluja, koska rajatilatyypin diagnostisiin kriteereihin kuuluu esimerkiksi toistuva itsensä vahingoittaminen tai sillä uhkaaminen, mutta siihen ei kuulu väkivaltaista käyttäytymistä sivullisia kohtaan.[61]

Alle 18-vuotiaita voidaan hoitaa tahdosta riippumatta myös muulloin kuin mielisairauksien osalta. Kyseeseen voivat tulla siis lievemmätkin psykiatriset mielen häiriöt, kuten mielialahäiriöt, syömishäiriöt, ahdistuneisuushäiriöt, päihderiippuvuudet ja erilaiset käytöshäiriöt. Täysi-ikäisten kohdalla ei Suomessa ole vastaavaa lievempien mielenterveyden häiriöiden luetteloa, jotka voisivat tulla kyseeseen arvioitaessa tahdosta riippumattoman psykiatrisen hoidon edellytyksiä.[62]

3.3. Psyykkiset sairaudet ja lapsiin kohdistuvat seksuaalirikokset

Edellä kohdassa 3.2. selostamani vakavan mielenterveyden häiriön käsitteen osalta syyntakeisuusarvioinnissa ei siis ole ratkaisevaa merkitystä sillä, miten nykyisen tautiluokituksen mukaiset sairaudet sijoittuvat lain kriteereihin, vaan olennaista ja ratkaisevaa syyntakeisuusarvioinnin kannalta on rikoksentekijän kyky kontrolloida omaa käyttäytymistään.[63] Lapsikohteisesta seksuaalihäiriöstä kärsivillä seksuaaliset halut ovat jatkuvia ja pakottavia. Yleensä ne johtavat pakonomaiseen toimintaan ja täten aiheuttavat kärsimystä sekä tekijälle että uhrille. Seksuaaliset kohdehäiriöt aiheuttavat yleensä esimerkiksi impulssikontrollin ongelmia.[64]

---

[61] Tiihonen (2013), s. 616.
[62] Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2005:20, s. 20.
[63] HE 44/2002 vp, s. 63.
[64] Mattila ja Lönnqvist (2013), s. 375.

Vakavan mielenterveyden häiriön käsite tuli rikoslain 3 luvun 4 §:ään vuoden 2004 rikoslain yleisten oppien uudistamisen yhteydessä. Uusi rikoslain 3 luvun 4 §:n 2 momentti kuuluu seuraavasti: ” Tekijä on syyntakeeton, jos hän ei tekohetkellä kykene mielisairauden, syvän vajaamielisyyden taikka vakavan mielenterveyden tai tajunnan häiriön vuoksi ymmärtämään tekonsa tosiasiallista luonnetta tai oikeudenvastaisuutta taikka hänen kykynsä säädellä käyttäytymistään on sellaisesta syystä ratkaisevasti heikentynyt.”

Uuden rikoslain muotoilun myötä on herännyt kysymys siitä, että mahdollistaako tämä uusi muotoilu aikaisempaan verrattuna suuremman rikoksentekijöiden joukon määrittelemisen syyntakeettomiksi, joita ei vastaavasti voida määrätä mielenterveyslain mukaiseen tahdosta riippumattomaan hoitoon. Useissa muissa Euroopan maissa tahdosta riippumaton hoito ei edellytä mielisairautta, kuten Suomessa, vaan myös vakava mielenterveyden häiriö riittää, kun tietyt muut ehdot samalla täyttyvät. Nyt Suomessa ongelmana ovat sellaiset tilanteet, joissa rikoksentekijä katsotaan rikoslain 3 luvun 4 §:n nojalla syyntakeettomaksi, mutta mielenterveyslain mukaiset hoitoon määräämisen edellytykset eivät täyty ja rikoksentekijän katsotaan kuitenkin olevan vaaraksi toisten hengelle ja terveydelle.[65]

Hallituksen esityksen mukaan vakava mielenterveyden häiriö viittaa erityisesti vaikeisiin raja- ja sekavuustiloihin.[66] Mielisairaudella taas tarkoitetaan psykoosia eli vakavaa mielenterveyden häiriötä, jossa henkilön todellisuudentaju on selvästi häiriintynyt.[67] Sosiaali- ja terveysministeriön asettaman työryhmän mukaan mielenterveyden häiriön määrittelyssä käytetyllä ” rajatilalla” viitataan vakavuudeltaan lähellä psykoosia oleviin mielenterveyden häiriöihin. Psykiatrinen diagnoosi ei kuitenkaan yksinään ratkaise syyntakeisuuskysymystä, vaan olennaista on myös rikoksentekijän kyky kontrolloida omaa käyttäytymistään ja muu ymmärryskyky. Jotta rikoksentekijä voidaan todeta syyntakeettomaksi, tekijän on

[65] Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2005:20, s. 19.
[66] HE 44/2002 vp, s. 63.
[67] Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2005:20, s. 19.

täytynyt olla ymmärtämättä tekonsa tosiasiallista luonnetta tai hän ei ole ollut selvillä tekonsa oikeudenvastaisuudesta taikka hänen kyky säädellä käyttäytymistään on ollut ratkaisevasti alentunut.[68]

Lapsikohteisesta seksuaalihäiriöstä kärsivien kohdalla voitaisiin mahdollisesti puhua ensimmäisestä (*teon tosiasiallisen luonteen ymmärtäminen*) ja viimeisestä (*kyky säädellä käyttäytymistä on ratkaisevasti alentunut*) tekijään toimintakykyyn vaikuttavasta seikasta. Yleensä lapsen seksuaalisesta hyväksikäytöstä tuomitut (ja lapsikohteisesta seksuaalihäiriöstä kärsivät) ovat tietoisia tekonsa oikeudenvastaisuudesta ja jäädessään kiinni, jopa helpottuneita. Teon tosiasiallisen luonteen ymmärtäminen ja käyttäytymisen sääntеleminen ovat usein lapseen kohdistuvien seksuaalirikosten tekijöiden kohdalla ne seikat, joiden voitaisiin harkita johtavan syyntakeettomuuteen. Lapsikohteisesta seksuaalihäiriöstä kärsivillä seksuaaliset halut ovat jatkuvia ja pakottavia. Yleensä ne johtavat pakonomaiseen toimintaan ja täten aiheuttavat kärsimystä sekä tekijälle että uhrille. Seksuaaliset kohdehäiriöt aiheuttavat yleensä myös impulssikontrollin ongelmia.[69] Voidaan ajatella, että toimiminen impulssien mukaisesti saattaa aiheuttaa sen, että rikoksentekijä ei välttämättä kykene ymmärtämään tekonsa tosiasiallista juuri sillä hetkellä, kun hän toimii pakonomaisesti impulssiensa ohjaamana. Tällä hetkellä rikoksentekijä on myös kyvytön sääntelemään omaa käyttäytymistään.

Underwager ja Wakefield esittävät artikkelissaan mielenkiintoisen ja osiltaan hieman kärjistetyn näkökannan: ” [s]uurimman virheen kantajan asiantuntija tekee esittäessään, että seksuaalinen hyväksikäyttö väistämättä aiheuttaa vakavia ja pitkäaikaisia psyykkisiä ongelmia. Lapsilla, joita on mahdollisesti vain hyväilty, diagnosoidaan posttraumaattinen stressihäiriö, joten he tarvitsevat terapiaa vuosiksi eteenpäin.” Kaikilla hyväksikäytetyillä ei välttämättä ilmene myöhemmin ongelmia.[70] Myös Finkelhorn on todennut, että melkein kaikissa seksuaalisen hy-

[68] Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2005:20, s. 19.
[69] Mattila ja Lönnqvist (2013), s. 375.
[70] Underwager & Wakefield (1997), s. 116.

väksikäytön vaikutusten tutkimuksissa on löytynyt huomattava joukko uhreja, joilla on ollut vain vähän tai ei lainkaan oireita.[71] Parker ja Parker ovat vuonna 1991 huomauttaneet, että olisi kaikkea muuta kuin selvää, että hyväksikäyttö olisi itsessään merkittävä syy myöhempään sopeutumattomuuteen.[72] Berliner ja Conte ovat tiivistäneet nämä näkemykset seuraavasti: ” [v]aikka monissa hyväksikäyttötapauksissa saattaa esiintyä yhteisiä psykologisia piirteitä, ei ole todistettu väitettä, että ne esiintyisivät kaikissa tai edes suurimmassa osassa tapauksia.” [73]

Beitchman ja kumppanit sekä Pope ja Hudson ovat todenneet, että empiirisen tutkimuksen olisi vielä näytettävä toteen yhteys seksuaalisen hyväksikäytön ja niiden mielenhäiriöiden välillä, joiden useimmiten väitetään johtuvan lapsuudessa koetusta seksuaalisesta hyväksikäytöstä. Heidän mukaansa on huomattava, että todellinen seksuaalinen hyväksikäyttö aiheuttaa yleensä paljon vakavampia seurauksia. Trauma näyttäisi olevan syvempi, jos hyväksikäyttäjä on ollut isä tai isäpuoli, jos on käytetty uhkailua, pakottamista tai väkivaltaa, ja jos hyväksikäyttö on tapahtunut fyysisesti hyökkäävästi.[74] Perheen toimintahäiriöitä pidetään myös yhtenä tärkeänä seksuaaliseen hyväksikäyttöön liittyvänä tekijänä. Ne vähäiset tutkimukset, joissa on otettu huomioon perhetekijät, osoittavat, että on hyvin vaikeaa erottaa seksuaalisen hyväksikäytön vaikutuksia perheen sisäisten toimintahäiriöiden vaikutuksista. Perheen sisäinen hyväksikäyttö ja myös ulkoapäin tuleva hyväksikäyttö liittyy läheisesti toimintahäiriöisiin ja patologisiin perheisiin.[75]

On otettava huomioon, että nämä näkemykset ja tutkimukset ovat kuitenkin jo 20–30 vuoden takaisia. Aikaisemminkin mainitun Alankomaisen tutkimuksen mukaan 53 %:lla seksuaalista väkivaltaa kokeneista on vielä terapian jälkeenkin posttraumaattisen stressireaktion oireita, 32 %:lla vaikeaa depressiota, 56 %:lla psykosomaattisia oireita, 62 %:lla aleksitymiaa (kyvyttömyyttä ilmaista tunteita) ja

[71] Finkelhorn (1990), s. 327.
[72] Parker & Parker (1991), s. 185.
[73] Berliner & Conte (1993), s. 116.
[74] Ks. Beitchman ym. (1992) ja Pope & Hudson (1992).
[75] Ks. Alexander & Lupfer (1987); Beitchman ym. (1991); Harter, Alexander & Neimeyer (1988); Hoagwood & Stewart (1989); Hulsey, Sexton, Harralso & Nash (1989).

48 %:lla dissosiatiivisia häiriöitä[76]. Dissosiatiivisuus tulee englannin kielen sanasta *dissociation*, joka tarkoittaa erottamista tai poisleikkautumista. Se on patologinen ilmiö, joka tarkoittaa henkilön kyvyttömyyttä yhdistää ajatukset, tunteet ja muistot yhtenäiseksi kokonaisuudeksi. Tällöin hänen kykynsä toimia tietoisesti on heikentynyt. Dissosiatiivisia oireita ovat muun muassa psykogeeninen muistinmenetys eli amnesia, depersonalisaatio eli itsensä ja ympäristön kokeminen vieraana sekä derealisaatio eli ajan- ja paikantajun katoaminen, havaintojen vääristyminen ja fantasioiden ja todellisuuden erottamisen vaikeus.[77]

Dissosiaatioilmiöitä on kahdenlaisia: hypnoosilla aikaansaatavia normaaleja ilmiöitä sekä yhtäkkisesti ilmeneviä hallitsemattomia ilmiöitä, eli häiriöitä. Spontaanisti ilmenevät ja toimintakykyä rajoittavat dissosiaatiotilat ovat mielenterveydenhäiriöitä. Dissosiatiivisesta identiteettihäiriöstä kärsivälle henkilölle syntyy uusi identiteetti, jotta hän voisi selvitä muutoin ylivoimaisista ja traumatisoineista lapsuudenkokemuksista. Myöhemmin aiheutuneet traumat eivät näytä aiheuttavan koko persoonallisuuden kattavia dissosiaatioita.[78] Dissosiatiivinen pakkovaellus on samaista identiteettihäiriötä yleisempi. Dissosiatiivisessa pakkovaelluksessa henkilö muuttaa toiselle paikkakunnalle ja alkaa elää siellä yleensä hyvin vaatimatonta ja huomaamatonta elämää, joka kuitenkin ulospäin näyttää aivan normaalilta. Tällöin henkilö ei kykene muistamaan aikaisempaa elämäänsä. Toisin kuin muistinmenetyspotilas, hän ei kykene huomaamaan tätä muistinmenetystä. Kun tila sitten yhtäkkisesti loppuu, joskus vasta vuosienkin kuluttua, henkilö kykenee muistamaan aikaisemmat elämänvaiheensa, mutta ei tätä vaellusvaiheen elämää.[79]

Seuraavissa taulukoissa (Taulukot 2–4) on eritelty dissosiatiivisen muistinmenetyksen, identiteettihäiriön sekä pakkovaelluksen diagnostiset kriteerit.

[76] Brusila (2006), s. 337.
[77] Lauerma (2013), s. 301–302.
[78] Lauerma (2013), s. 302.
[79] Lauerma (2013), s. 304.

Taulukko 2. Dissosiatiivisen muistinmenetyksen diagnostiset kriteerit.

1.	Keskeinen häiriö on yksi tai useampi jakso, jonka aikana potilas ei kykene palauttamaan mieleensä tärkeää ja usein luonteeltaan traumaattista tietoa, ja häiriö on liian laaja ollakseen normaalia unohtelua.
2.	Häiriö ei esiinny pelkästään dissosiatiivisen identiteettihäiriön tai pakkovaelluksen, traumaperäisen stressihäiriön, akuutin stressihäiriön tai somatisaatiohäiriön aikana eikä johdu minkään kemiallisen aineen (esimerkiksi huumausaineen tai lääkkeen) vaikutuksesta taikka neurologisesta tai muusta ruumiillisesta häiriöstä.
3.	Oireet aiheuttavat kliinisesti merkittävää kärsimystä tai haittaa sosiaalisilla, ammatillisilla tai muilla tärkeillä toiminnan alueilla.

Lähde: Lauerma 2013.

Taulukko 3. Dissosiatiivisen identiteettihäiriön diagnostiset kriteerit

1.	Potilaalla on vähintään kaksi erilaista identiteettiä tai persoonallisuuden tasoa (kullakin oma, suhteellisen kiinteä tapa hahmottaa itseään ja ympäristöään sekä suhtautua niihin).
2.	Vähintään kaksi näistä identiteeteistä tai persoonallisuuden tasoista ottaa jatkuvasti vallan potilaan käyttäytymisessä.
3.	Potilas ei kykene palauttamaan mieleensä tärkeää tietoa, ja muistamattomuus on liian laaja ollakseen normaalia unohtelua.
4.	Häiriö ei johdu minkään kemiallisen aineen vaikutuksesta (esimerkiksi alkoholin aiheuttama päihtymys) eikä ruumiillisesta häiriöstä (esimerkiksi epilepsia).

Lähde: Lauerma 2013.

Taulukko 4. Dissosiatiivisen pakkovaelluksen diagnostiset kriteerit.

1.	Keskeinen häiriö on äkillinen ja odottamaton matkustaminen pois kotoa tai vakituiselta työpaikalta ja samanaikainen kyvyttömyys muistaa menneisyyttään.
2.	Epävarmuus omasta identiteetistä tai (kokonaan tai osittain) uuden identiteetin omaksuminen.
3.	Häiriö ei esiinny pelkästään dissosiatiivisen identiteettihäiriön aikana eikä johdu minkään kemiallisen aineen (esimerkiksi huumausaineen tai lääkkeen) vaikutuksesta tai muusta ruumiillisesta häiriöstä (esimerkiksi temporaaliepilepsia).
4.	Oireet aiheuttavat kliinisesti merkittävää kärsimystä tai haittaa sosiaalisilla, ammatillisilla tai muilla tärkeillä toiminnan alueilla.

Lähde: Lauerma 2013.

Lauerman mukaan dissosiatiivinen amnesia voi olla joko jatkuvaa tai valikoivaa. Jatkuvassa dissosiatiivisessa amnesiassa tietty ajanjakso on pyyhkiytynyt muistista kokonaan. Valikoivassa dissosiatiivisessa amnesiassa vain tiettyyn tapahtumaan liittyvät muistikuvat ovat kadonneet, mutta samalta ajanjaksolta jotakin muita tapahtumia muistetaan. Dissosiatiivisuus ilmenee useimmiten jo nuorella iällä. Jos henkilön epäillään teeskentelevän, olisi syytä kerätä mahdollisimman laajat taustatiedot sekä tehdä psykologisia tutkimuksia, joissa kiinnitetään erityistä huomiota tutkittavan mahdolliseen epäjohdonmukaisuuteen (teeskentelyyn) viittaavaan vastaustapaan. Teeskentely tuleekin kyseeseen erityisesti tapauksissa, joissa pyritään välttämään moraalista tai oikeudellista vastuuta.[80] Käytännön työelämä on opettanut, että lapsen seksuaalisen hyväksikäytön tapauksissa kohdataan monesti myös erilaista hyödyn tavoittelua vastapuolen kustannuksella, jolloin esimerkiksi entiset aviopuolisot ajautuvat oikeuteen toisen syyttäessä toista puoliskoa lapsen seksuaalisesta hyväksikäytöstä. Usein tämä johtuu entisten aviopuolisoiden välisistä lapsen huoltoa koskevista riitaisuuksista. Tällöin voidaan manipuloida lapsi kertomaan, että hän ei muista tapahtumista mitään. Myös tällaisissa tapauksissa dissosiatiivisten häiriöiden teeskentelyä saatetaan yrittää.

Lauerman mukaan dissosiatiivisen identiteettihäiriön diagnosointi on erityisen hankalaa. Dissosiaatio-oireet voivat muistuttaa läheisesti esimerkiksi psykoottisia oireita. Psykoosin ja dissosiaatiohäiriön selväpiirteisin ero on kuitenkin siinä, että psykoottinen henkilö kokee hallusinaatiot ja harhaluulot selvästi tosiksi kun dissosiaatiohäiriöinen ei ole täysin varma siitä, mikä hänen ympäristössä on totta ja mikä ei.[81]

Underwagerin ja Wakefieldin mukaan seksuaalisten hyvksikäyttöjen kohdalla muistojen palautumistapauksissa (recovered memories) henkilö ei muista mitään usean vuoden ajalta, koska hyväksikäyttö oli täydellisesti ” tukahdutettua” kunnes se palautetaan mieleen esimerkiksi terapeutin avulla. Tapaukset saattavat

[80] Lauerma (2013), s. 305.
[81] Lauerma (2013), s. 305–306.

johtaa oikeudenkäynteihin, joissa niitä käsitellään mahdollisesti rikostapauksina. Muun muassa monissa Yhdysvaltain osavaltioissa siviilikanteiden vanhenemisaikaa on pidennetty vuosilla, kun seksuaalinen hyväksikäyttö on palautunut mieleen ja/tai kun aiemmin ei ollut tiedostettu, että hyväksikäyttö on aiheuttanut vahinkoa.[82]

Tukahduttamista ei Underwagerin ja Wakefieldin mukaan ole hyväksytty tiedeyhteisössä lukuun ottamatta analyyttisesti suuntautuneita terapeutteja, jotka perustavat väitteensä anekdoottimaisiin raportteihin ja kliinisiin tapausselostuksiin. Traumaattista amnesiaa voi aiheutua jostakin yksittäisestä tapahtumasta, mutta heidän mukaan ei ole perusteita väitteelle, että olisi tavallista täysin unohtaa jatkuva seksuaalinen hyväksikäyttö. Underwagerin ja Wakefieldin mukaan ei ole todisteita siitä, että tällaiset traumaattiset tapahtumat tukahdutettaisiin täydellisesti useiden vuosien ajaksi ja palautettaisiin vuosien päästä tarkasti mieleen.[83] Lauerma puolestaan toteaa, että dissosiatiivisessa amnesiassa sekä pakkovaelluksessa on useimmiten havaittavissa hyvin läheinen yhteys oireiden alkamisen ja traumaattisen kokemuksen välillä. Dissosiatiivisen identiteettihäiriön taustalla on todettu olevan lähestulkoon säännönmukaisesti lapsuudessa koettua väkivaltaa tai seksuaalista hyväksikäyttöä.[84] Myös Merja Laitisen tutkimuksen uhrien kertomuksista käy ilmi, kuinka uhrit ovat pystyneet ikään kuin tukahduttamaan seksuaalisen hyväksikäytön traumaattiset kokemukset ja siten selviytymään siitä. Uhrit kertoivat siitä, miten he olivat sulkeneet itsensä tapahtuman ulkopuolelle. He olivat tilanteessa fyysisesti läsnä, mutta eivät kuitenkaan psyykkisesti kokeneet niitä. Jatkuvissa seksuaalisen hyväksikäytön tapauksissa kyvyttömyys puolustaa itseään ja sietämätön kipu voivat saada aikaan sen, että uhri sulkee itsensä koko tilanteen ulkopuolelle. Hän ei tunne mitään vaan pakenee mielessään jonnekin muualle. Laitisen tutkimuksen yksi uhreista, Rosa, kuvailee tätä pakenemistaan

[82] Underwager & Wakefield (1997), s. 119.
[83] Underwager & Wakefield (1997), s. 120. Vrt. Lauerma (2013), s. 301–311, jossa hän toteaa muun muassa dissosiatiivisen amnesian voivan olla valikoivaa, jolloin tiettyyn tapahtuman liittyvät muistikuvat voivat kadota.
[84] Lauerma (2013), s. 307.

seuraavasti: ” -- Mä olen niinku nähnyt tilanteen, mä olen ollut siinä tilanteessa, mutta mä en ole kokenut sitä.” [85]

Tässäkin kohtaa on huomattava, että Underwagerin ja Wakefieldin näkemykset ovat vuodelta 1997. Tutkimustieto on lisääntynyt ja tutkimusmenetelmät kehittyneet huomattavasti tämän jälkeen. Voidaan siis sanoa, että dissosiaatioilmiöt ovat nykyään diagnosoituja mielenhäiriöitä. Tällaisten ilmiöiden tunnistamisen myötä on mahdollista todeta, että seksuaalista hyväksikäyttöä lapsuudessaan kokenut voi pyyhkiä tapahtuman tai tapahtumat täysin mielestään. Muistot voivat palautua mieleen useidenkin vuosien päästä esimerkiksi terapian, hypnoosin tai jonkin traumaattisesta kokemuksesta muistuttavan tapahtuman myötä.

[85] Laitinen (2004), s. 198.

4 Lapsiin kohdistuvien seksuaalirikosten tekijöiden hoito

4.1. Historia

Seksuaalirikollisille tarkoitettuja hoitoja on kehitetty useita erilaisia, joiden pääasiallisena tarkoituksena on ehkäistä seksuaalirikosten uusiminen. Hormonaalisia lääkehoitoja ja rikoksentekijän käyttäytymismallin muuttamiseen tähtääviä psykologisia hoitomuotoja on eri maissa ollut käytössä jo 1960-luvulta lähtien.[86]

Seksuaalirikollisille tarkoitettujen arviointimenetelmien ja erilaisten hoito-ohjelmien varsinainen kehittäminen aloitettiin 1970-luvulla Kanadassa, jossa vankeinhoitotyön tutkimus ja kehittäminen on edelleen tehokasta. Kanadalaista asiantuntemusta hyödynnetään nykyään useissa eri maissa.[87]

Vuosina 1992–1995 Seksuaalipoliittinen yhdistys Sexpo ry. toteutti *Seksuaalirikollisten ja uhrien hoitoprojektin*[88], jossa Sexpo ry:n terapeutit järjestivät seksuaalirikoksista tuomituille terapiaistuntoja eri toimipaikoissa. Tavoitteena oli luoda pysyvä käytäntö, jossa vankilan oma henkilökunta olisi toiminut hoitoon motivoijana ja ohjaajana. Vankeja motivoitiin muutokseen tunteiden, ajatusten ja käyttäytymisen tasolla. Tällainen järjestely oli kuitenkin henkilökunnalle erittäin raskasta ja kuormittavaa eikä psykologeja tai muuta tarvittavan koulutuksen omaavaa henkilökuntaa ollut riittävästi. Hoitoprojektin tuloksena Sexpo ry. suositteli vankeusaikana järjestettäväksi erilaisia ryhmäterapiamuotoja. Projektin aikana seksuaalirikollisille ei vankiloissa järjestetty minkäänlaista rikosten uusimisen vähentämiseen tähtäävää toimintaa.[89]

Projektiryhmän mietinnön laatimisen aikaan seksuaalirikoksista tuomituille tarkoitettua toimintaa oli hyvin vähän. Tämä johtui asiantuntemuksen ja ammattitaidon puutteesta. Siihen aikaan seksuaalirikollisten ongelmat liittyivät lähinnä

[86] HE 140/2012, s. 9.
[87] Koikkalainen (1998), s. 1.
[88] Ks. Raijas (1996).
[89] Koikkalainen (1998), s. 27–28.

turvallisuuteen vankilassa, koska muut vangit kohdistivat heihin henkistä ja fyysistä väkivaltaa.[90]

4.2. Hoitomenetelmät

Ainoat laajalti hyväksytyt hoito-ohjelmat on kehitetty seksuaalirikoksiin syyllistyneille kohdehäiriöpotilaille, joista suurin osa on tuomittu lapsen seksuaalisesta hyväksikäytöstä. Kohdehäiriöiden hoitoon on yleensä käytetty psykodynaamista yksilöpsykoterapiaa, mutta tulokset pelkästään tällaisesta hoidosta eivät kuitenkaan ole olleet erityisen hyviä.[91] Psykoterapian tarkoituksena on auttaa potilasta tunnistamaan ne ajatukset ja tunteet, jotka ovat johtaneet kohdehäiriön kehittymiseen ja pysyvyyteen.[92] Seksuaalirikoksista tuomitut henkilöt ovat heterogeeninen joukko vankeja yksilöllisine ongelmineen, eikä heitä voida hoitaa täysin kaavamaisin menetelmin. Hoito on suunniteltava aina yksilöllisesti kullekin vangille.[93]

Vaikeista kohdehäiriöistä kärsiville vangeille tarkoitetut hoito-ohjelmat ovat pääasiassa muodostuneet kahdesta eri hoitomenetelmästä: käyttäytymisterapeuttisesta ryhmähoidosta sekä lääkehoidosta. Terapiassa tavoitteena on lisätä myötätuntoa uhria kohtaan, samoin kuin tunnetta teon vääryydestä, sekä opetella vihan hallintaa, vastuuntuntoisuutta ja rikoksen uusimisen ehkäisyä. Lääkehoidossa käytetään valmisteita, jotka vähentävät testosteronin eli mieshormonin määrää kehossa, sekä selektiivisiä serotoniinin takaisinoton estäjiä eli SSRI-lääkkeitä. Parhaat tulokset on saatu kognitiivisen käyttäytymisterapian ja lääkehoidon yhdistelmästä.[94]

Vuonna 1999 Kuopion vankilassa aloitettiin Suomen ensimmäinen seksuaalirikoksista tuomituille tarkoitettu muutos- ja kuntoutusohjelma, STOP. Ohjelmaa

[90] Koikkalainen (1998), s. 30.
[91] Lönnqvist & Mattila (2013), s. 376.
[92] Lönnqvist & Mattila (2013), s. 377.
[93] Haapasalo (2008), s. 195.
[94] Lönnqvist & Mattila (2013), s. 377.

toteutetaan ryhmämuotoisena, jolloin ohjelmaan osaaottava vanki osallistuu yhdeksän kuukauden aikana pidettävään 170 istuntotuntiin.[95]

Käyttäytymisterapioissa tuomittavan toiminnan lopettaminen tapahtuu ajattelun ja tunteiden merkityksen muuttamisella. Kun totuttuun käyttäytymismalliin vaikuttavat reaktorit oppii tunnistamaan, on mahdollista kyseenalaistaa tällainen toiminta. STOP-ohjelma perustuu tälle ajattelutavalle. Tarkoituksena on hallituksen esityksen mukaan se, että rikoksentekijä oppii tunnistamaan yhteyden ajattelunsa ja vahingoittavan toimintansa välillä.[96]

Rikosseuraamuslaitoksessa on kehitetty seksuaalirikoksista tuomituille tarkoitettu yksilöohjelma. Ohjelma kantaa nimeä *Uusi suunta*. Se on tarkoitettu erityisesti niille rikoksesta tuomituille, jotka jäävät STOP-ohjelman ulkopuolelle. Uusi suunta -ohjelma soveltuu myös naisvangeille. Se kestää noin kahdesta kuukaudesta neljään ja puoleen kuukauteen ja se toteutetaan 16 istunnon sarjana, jolloin istuntoja on 1-2 kertaa viikossa. Istuntojen toteuttamisesta päävastuu on Rikosseuraamuslaitoksen virkamiehillä, jotka toteuttavat ohjelmaa sekä suljetuissa laitoksissa että avovankiloissa ja yhdyskuntaseuraamustoimistoissa.[97]

4.3. Lääkehoito

4.3.1 Historia

1950-luvulle asti lapsen seksuaalisesta hyväksikäytöstä tuomittuja hoidettiin kastraatiolain (17.2.1950/84) nojalla kirurgisella kastraatiolla. Vuonna 1959 lääkintöhallitus kuitenkin lopetti kastraatiomääräysten antamisen.[98]

Suomessa lapseen kohdistuvien seksuaalirikosten tekijöille on tarjottu mahdollisuutta vapaaehtoiseen lääkehoitoon 1990-luvun lopulta lähtien.[99] Miehille suun-

[95] HE 140/2012, s. 7.
[96] HE 140/2012, s. 9.
[97] Knuuti (2014), viitattu 03.02.2015.
[98] http://www.hs.fi/artikkeli/Pedofiilien+hoitamiseen+on+uusi+l%C3%A4%C3%A4ke/1135233971266. Viitattu 25.03.2014.

nattuna hoitona on käytetty antiandrogeenihoitoa (kemiallinen kastraatio). Tällaiset valmisteet säätelevät yksilön seksuaalisuutta sitä täysin poistamatta.[100]

Hallituksen esityksen (140/2012) mukaan vangin suostumukseen perustuva lääkehoito on nykyäänkin mahdollista, mutta hoidon järjestämistä koskevaa lainsäädäntöä ei ole.[101] Hoidon järjestämistä koskevan lainsäädännöllisen perustan varmistamiseksi ollaan tällä hetkellä siis säätämässä edellä mainitun hallituksen esityksen perusteella uutta lakia. Lakiehdotus on tätä tutkielmaa kirjoitettaessa lausuntokierroksella valiokunnissa.

4.3.2 Lääkitys

Lapsen seksuaalisesta hyväksikäytöstä tuomitulle tarkoitettu lääkehoito, josta myös arkikielessä käytetään nimitystä kemiallinen kastraatio, tarkoittaa lääkityksellä suoritettavaa hormonaalista hoitoa, joka alentaa henkilön testosteronitasoa ja näin ollen vähentää seksuaalisia haluja. Lääkehoidon vaikutus pohjautuu testosteronin ja sukupuolivietin väliseen yhteyteen. Testosteronin määrää veressä siis lasketaan ja siten hillitään seksuaalirikollisen totuttua käyttäytymistä.[102] Seton mukaan ” kognitiivisten ja kognitiivis-behavioraalisten hoitomuotojen ohella seksuaalirikoksentekijöiden hoidossa on kansainvälisesti käytetty erityisesti antiandrogeenivalmisteita, testosteronin tuotantoa estäviä ja aivolisäkkeen toimintaan vaikuttavia aineita sekä SSRI-lääkkeitä, joiden on joissakin tapauksissa todettu vähentävän seksuaalisia fantasioita ja seksuaalista kiinnostusta lapsia kohtaan.” [103]

Useimmissa maissa lääkehoito toteutetaan syproteroniasetaatilla. Lisäksi käytetään leuprolidia sekä triptoreliinia. Kaikki nämä valmisteet vaikuttavat eli-

---

99 http://www.hs.fi/artikkeli/Pedofiilien+hoitamiseen+on+uusi+l%C3%A4%C3%A4ke/1135233971266. Viitattu 25.03.2014.

100 Koikkalainen (1998), s. 13–14.

101 HE 140/2012, s. 7–8.

102 HE 140/2012, s. 9.

103 Ks. Seto (2008).

mistössä olevaan testosteronin tasoon. Näiden hormonaalisten valmisteiden lisäksi seksuaalirikosten uusimisriskin ehkäisijänä on käytetty selektiivisiä serotoniinin takaisinoton estäjiä (SSRI). SSRI-lääkityksen vaikutusta ei ole seksuaalirikosten uusimisriskin vähentäjänä tutkittu paljon, mutta tähän mennessä saadut tulokset ovat olleet lupaavia. Huono puoli SSRI-lääkkeissä on se, että ne otetaan suun kautta, joten niiden käyttöä on hankala valvoa. Hyvä puoli näissä valmisteissa on toisaalta se, että niitä voivat käyttää myös seksuaalirikoksista tuomitut naiset.[104]

Seksuaalirikollisille tarkoitetussa lääkehoidossa on 2000-luvulla kokeiltu myös naltreksonia, jota käytetään yleisesti erilaisten riippuvuuksien hoidossa, kuten alkoholismin hoidossa. Saadut tulokset ovat olleet pääosin positiivisia. Erilaiset lääkkeiden yhdistelmähoidot ovat myös mahdollisia. Jos seksuaalirikollisen tuomittava käyttäytyminen on yhteydessä päihteiden käyttöön, mahdollisia lääkkeitä hoidossa ovat myös disulfiraami ja metadonikorvaushoito. Jos rikollinen kärsii seksuaalisista pakko-oireista, niitä voidaan hoitaa lääkkeillä, joita yleensä käytetään erilaisten mielialahäiriöiden hoidossa.[105]

Uusin markkinoille tullut lääke on Salvacyl. Sitä käytetään miesten vakavien seksuaalisten häiriöiden hoidossa. Salvacyl ” karkottaa lapsiin liittyvät seksifantasiat, sammuttaa sukupuolivietin ja lopettaa siittiöiden tuotannon” . Lääkettä ruiskutetaan lihakseen kolmen kuukauden välein. Kaikki vaikutukset kuitenkin lakkaavat, jos lääkkeen käytön lopettaa.[106]

4.3.3 Kohderyhmä ja vaikutukset

Lääkehoito on ensisijaisesti tarkoitettu henkilöille, jotka kärsivät seksuaalisesta kohdehäiriöstä. Lönnqvistin ja Mattilan mukaan ” pedofiliassa eli lapsikohteisessa

[104] HE 140/2012, s. 9–10.
[105] HE 140/2012, s. 10.
[106] http://www.hs.fi/artikkeli/Pedofiilien+hoitamiseen+on+uusi+l%C3%A4%C3%A4ke/113523397-1266. Viitattu 25.03.2014. Ks. myös http://yle.fi/vintti/yle.fi/poliisitv/raportitcdc3.html?sivu=raportti_pedohormo. Viitattu 24.02.2015.

seksuaalihäiriössä seksuaalinen kiinnostus kohdistuu joko esimurrosikäisiin tai murrosikäisiin lapsiin, jotka ovat vähintään viisi vuotta henkilöä itseään nuorempia. Lisäksi diagnoosi edellyttää, että henkilö on vähintään 16-vuotias." [107] Lapsikohteisesta seksuaalihäiriöstä kärsivän henkilön seksuaaliset halut ovat pakottavia ja pitkäaikaisia ja johtavat yleensä tuomittavaan toimintaan. Häiriön on lisäksi täytynyt kestää vähintään kuusi kuukautta, jotta lapsikohteinen seksuaalihäiriö täyttää psykiatrisen diagnoosin kriteerit.[108] Haapasalon mukaan pedofiliassa on kyse " pitkällisestä persoonallisuuden ja siihen liittyen seksuaalisuuden kehityksen häiriintymisestä, jonka taustalla on tutkimusten mukaan usein omia lapsuuden hyväksikäyttökokemuksia." [109]

Vankeinhoidossa suunniteltua lääkehoitoa käytetään pääasiallisesti seksualirikoksen uusimisriskin vähentäjänä. Vangilla ei siis välttämättä tarvitse olla diagnosoitua seksuaalista kohdehäiriötä. Lääkehoidolla pyritään vähentämään seksuaalirikoksesta tuomitun vangin seksuaalisia haluja ja näin ollen ehkäisemään seksuaalirikoksen uusiminen.

Lääkehoidossa edellä mainitut lääkkeet estävät sukupuolihormonien erittymiseen tarvittavan tekijän toiminnan aivoissa. Ne eivät kuitenkaan vaikuta seksuaalisen halun kohteeseen. Ne vaikuttavat vain henkilön kykyyn toimia impulssiensa mukaisesti. Kaikilla lääkkeillä ei välttämättä saada aikaan haluttua fyysistä vaikutusta kaikkiin miehiin.[110] SSRI-lääkkeiden sivuvaikutukset ovat yleensä lievempiä kuin hormonaalisten valmisteiden.[111] Lääkehoidossa käytettyjen lääkkeiden vaikutusta seksuaalirikosten uusimisriskin vähentäjänä on tutkittu hyvin vähän. Parhaat tulokset on kuitenkin saatu erilaisista lääkkeiden yhdistelmähoidoista sekä lääkehoidon ja erilaisten terapioiden yhdistelmästä.[112]

---

[107] Lönnqvist & Mattila (2013), s. 375.
[108] Emt.
[109] Haapasalo (2008), s. 184.
[110] http://yle.fi/uutiset/oikeusministeri_kannattaa_seksuaalirikollisten_kemiallista_kastraatiota/5391831. Viitattu 16.02.2015.
[111] HE 140/2012, s. 10.
[112] Ks. Lönnqvist & Mattila (2013) sekä HE 140/2012.

Lääkehoidon taloudellisia vaikutuksia on kuvattu hallituksen esityksessä (140/2012), jonka mukaan lääkehoitoon arvioidaan osallistuvan enintään 10 vankia vuosittain. Tämän vuoksi lääkehoidosta ei koidu yhteiskunnalle merkittäviä taloudellisia kustannuksia. Lääkkeiden vuosikustannukset liikkuvat yhtä hoitoon osallistuvaa vankia kohden 80—3 000 euron välissä. Lisäkustannuksia koituisi vangille määrätyn lääkehoidon noudattamisen valvonnasta sekä lääkehoitoon yhdistettävästä psykososiaalisesta hoidosta. Valvontakustannukset vaihtelevat 1 500—2 000 euron välillä ja psykososiaalisen hoidon kustannukset 5 000—15 000 euron välillä vuosittain yhtä vankia kohden. Kaiken kaikkiaan kokonaiskustannukset olisivat korkeintaan noin 20 000 euroa vankia kohden vuodessa ja siten kokonaisuudessaan noin 200 000 euroa vuodessa.[113]

Nämä kustannukset maksettaisiin valtion varoista, mikä on perusteltua, koska se ei vaatisi uusia resursseja vaan voitaisiin toteuttaa jo vahvistettujen määrärahojen puitteissa.[114]

4.4 Lääkehoito yhdistettynä psykiatrisiin hoitomenetelmiin

Tutkimustulokset lääkehoidon tehokkuudesta ovat yhä vähäisiä eikä valmisteiden käytössä sovi unohtaa niiden sivuvaikutuksista koituvia riskejä. Lösel ja Schmucker ovat tehneet hoito-ohjelmien vaikutuksia koskevan meta-analyysin, jonka mukaan lääketieteelliset hoidot olisivat tuottaneet parempia tuloksia kuin psykososiaaliset hoidot. Olennaista tehokkuuden kannalta oli myös se, että ohjelma oli eritoten suunniteltu juuri seksuaalirikoksentekijöille.[115]

Tutkimustulosten perusteella syynä seksuaalirikosten uusimiseen on ollut säännönmukaisesti se, että valvonta-ajan loppumisen jälkeen potilas on laiminlyönyt psykiatriset hoidot ja lopettanut lääkityksen. Tiihonen mainitsee artikkelissaan *Oikeuspsykiatria*, että jos Suomeen ei saada samanlaista järjestelmää

[113] HE 140/2012, s. 18.
[114] HE 140/2012, s. 19.
[115] Ks. Lösel & Schmucker (2005).

kuin esimerkiksi Saksassa, Englannissa ja Kanadassa, joissa kriminaalipotilaiden valvonta avohoidossa voidaan järjestää joustavasti riittävän pitkäksi ajaksi, on rikoksen uusimista vaikea estää. Tämä johtuu siitä, että vaikka potilaat olisivat jo pääosin kuntoutuneet ennen sairaalasta poistamista, suuren osan psyykkinen tila kuitenkin heikkenee ensimmäisten vuosien aikana sairaalan ulkopuolella, mikäli heitä ei saada pidettyä hoidon piirissä.[116] Tämä seikka puoltaa vahvasti sitä, että lääkehoidon tulisi olla pakollista sekä hoidon valvonnan tehokasta.

Suomen voimaan saattama Euroopan neuvoston yleissopimus lasten suojelemisesta seksuaalista riistoa ja seksuaalista hyväksikäyttöä vastaan (Sops 88/2011) velvoittaa Suomen tarjoamaan lapsiin kohdistuviin rikoksiin syyllistyneille uusintarikollisuutta ehkäiseviä hoito-ohjelmia. Näitä uusintarikollisuutta ehkäiseviä ohjelmia on järjestettävä sekä vankilassa että vankilan ulkopuolella.[117]

Hallituksen kaavaileman uudistuksen 10 §:n mukaan koevapauteen liittyvä lääkehoito voidaan aloittaa vain vangin antaman kirjallisen suostumuksen perusteella. Koevapauteen pääsyyn liittyy kuitenkin paljon ehtoja, joita vangin on noudatettava. Jos hän ei ehtoja noudata, koevapauteen pääsy voidaan evätä tai jo aloitettu koevapaus peruuttaa.[118] Hoito-ohjelmien ja lääkehoidon noudattaminen tulisi siis näennäisesti olemaan pakollista, jotta vangilla olisi mahdollisuus päästä valvottuun koevapauteen.

Hallituksen esityksessä ei ole otettu kantaa mielenterveyslain säännöksiin. MTL 8 §:n mukaan henkilö voidaan määrätä tahdostaan riippumatta psykiatriseen sairaalahoitoon vain, jos hänen todetaan olevan mielisairas, jos hän mielisairautensa vuoksi on hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan taikka muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta, ja jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäviksi tai ovat riittämättömiä.

---

[116] Tiihonen (2013), s. 621–622.
[117] Sops 88/2011, 15 artikla.
[118] Ks. HE 140/2012, s. 54–60.

MTL 9 §:n mukaan sen selvittämiseksi, ovatko edellytykset henkilön hoitoon määräämiseen hänen tahdostaan riippumatta olemassa, hänet voidaan ottaa tarkkailuun sairaalaan. Tarkkailuun lähettämistä varten lääkärin on tutkittava potilas ja, jos hän pitää potilaan hoitoon määräämistä välttämättömänä, laadittava hänestä kirjallinen lääkärinlausunto (tarkkailulähete). Tarkkailulähetteen tulee sisältää perusteltu kannanotto siitä, ovatko edellytykset hoitoon määräämiseen todennäköisesti olemassa. Potilas voidaan ottaa enintään kolme päivää aikaisemmin tehdyn potilaan tutkimukseen perustuvan tarkkailulähetteen perusteella tarkkailuun, jos hoitoon määräämisen edellytykset todennäköisesti ovat olemassa.

Vanki tulisi lähettää MTL 9 §:n mukaiseen tarkkailuun, jos vangin epäillään sairastavan lapsikohteista seksuaalihäiriötä. Tarkkailun tulosten perusteella vanki voitaisiin lähettää myös tahdonvastaiseen psykiatriseen sairaalahoitoon, jos MTL:n edellytykset täyttyvät. Hallituksen esityksen (140/2012) mukaiset keinot ovat käytettävissä, jos vangilla ei diagnosoida lapsikohteista seksuaalihäiriötä.

Lääkehoidon pakollisuutta puoltavat myös kustannussyyt. Lääkehoitoon on hallituksen esityksen mukaan arvioitu osallistuvan enintään 10 vankia vuosittain. Osa heistä on vankeja, joille ei muutoin myönnettäisi mahdollisuutta valvottuun koevapauteen. Kohderyhmän suppeudesta johtuen hallituksen esityksen mukaisella lääkehoidolla ei siis ole merkittäviä taloudellisia vaikutuksia. Lääkkeiden kustannukset vuosittain yhtä lääkehoitoon osallistuvaa kohden vaihtelevat 80 eurosta 3 000 euroon riippuen valitusta lääkityksestä. Lisäkustannuksia aiheutuisi lääkehoidon noudattamisen valvonnasta.[119]

Hallituksen esityksen (140/2012) mukaan hormonaalista lääkitystä tulisi arvioida noin kuukauden välein. Näytteiden ottamisen ja analysoinnin kustannukset vaihtelevat 40—100 euron välillä riippuen testimenetelmästä. Testi- ja seurantakustannukset olisivat yhtä lääkehoitoon osallistujaa kohden noin 1 500—2 000 euroa vuodessa ja psykososiaalisen hoidon kustannukset noin 5 000—15 000 euroa. Kokonaiskustannukset yhtä lääkehoitoon osallistujaa kohden olisivat näin

[119] HE 140/2012, s. 18.

ollen korkeintaan noin 20 000 euroa vuodessa ja kokonaisuudessaan siis noin 200 000 euroa.[120]

Lääkehoito on esitettyjen arvioiden perusteella huomattavasti edullisempaa kuin muut hoitomuodot. Tosin, lääkehoito ei yksistään riitä lapsen seksuaalisesta hyväksikäytöstä tuomitun hoitamiseen. Kuten jo edellä on mainittu, parhaat tulokset seksuaalirikoksen uusimisen estäjänä on saatu lääkehoidon ja psykiatrisen hoidon yhdistelmästä. On myös muistettava, että lapsen seksuaalisesta hyväksikäytöstä tuomituilla vangeilla, joiden on todettu kärsivän diagnosoidusta seksuaalihäiriöstä, on oikeus hoitoon[121]. Hoito on siis joka tapauksessa järjestettävä tavalla tai toisella.

Tutkimustulosten perusteella lääkehoidon ja muiden hoitojen yhdistelmät ovat olleet tehokkaita lapseen kohdistuvien seksuaalirikosten tekijöiden hoidossa. Erityisesti lääkehoito, jos sitä noudatetaan. Näillä hoidoilla saadaan estettyä lapseen kohdistuvien seksuaalirikosten uusiminen, joiden tapahtuessa yhteiskunnalle koituisi edelleen lisää kustannuksia. Myös uhrilla on oikeus hoitoon, joka yleensä toteutetaan terapeuttisena hoitona ja näin ollen on huomattavasti kalliimpaa verrattuna rikoksentekijän lääkehoitoon.

Väkivallan seuraamusten hoitaminen tulee yhteiskunnalle ymmärrettävästi kalliiksi sekä välittöminä että välillisinä, erilaisten oireiden hoitokuluista syntyvinä kustannuksina. Suomalaisia tilastoja ei seksuaalisen väkivallan kustannusseuraamuksista kuitenkaan ole. 1990-luvun puolivälissä väkivallan kustannukset Suomessa pelkkinä tilastoituina sairaalakuluina olivat Tilastokeskuksen mukaan n. 4,5 miljoonaa markkaa, eli 770 000 euroa.[122]

Lääkehoitoa ei ihmis- ja perusoikeuksien kannalta tarkasteltuna voida säätää pakolliseksi hoitomuodoksi lapsiin kohdistuviin seksuaalirikoksiin syyllistyneille. Kuten edellä on esitetty, vaikkakin pakollisuutta puoltaviakin seikkoja löytyy, ei se

[120] HE 140/2012, s. 18.
[121] Väätäinen (2006), s. 342.
[122] Brusila (2006), s. 337.

ole mahdollista, kun vastaan puhuvat seikat ovat niinkin painavia kuin ihmis- ja perusoikeudet.

4.5. Lääkehoitoa koskeva lainsäädäntö Pohjoismaissa

Ruotsin vankeinhoidossa ei ole käytössä seksuaalirikollisille tarkoitettua lääkehoitoa. Käytössä on kolmentyyppisiä hoito-ohjelmia, jotka on tarkoitettu seksuaalirikoksista tuomituille. Informaatio-ohjelman[1] tarkoituksena on nimensä mukaisesti antaa vangille uutta tietoa. Eri motivointiohjelmien[2] tavoitteena on hallituksen esityksen (140/2012) mukaan " lisätä vangin tietämystä seksuaalisuudesta, sukupuolirooleista, ihmisen psykoseksuaalisesta kehityksestä, seksuaalisuudesta ja huumeista, seksuaalisuudesta ja väkivallasta, seksuaalisuudesta eri kulttuureissa, psykoterapeuttisesta hoidosta sekä lääkehoidosta." Motivointiohjelma on Ruotsissa seksuaalirikoksista tuomituille pakollinen ja sen tulee sisältyä jo vangin rangaistuksen toimeenpanosuunnitelmaan. Tavoitteena on, että motivointiohjelma saavuttaisi kaikki seksuaalirikolliset. Hoito- ja toimintaohjelmien[3] tavoitteena on muuttaa vangin ajattelu- ja käyttäytymistapaa. Näihin ohjelmiin osallistuminen on vapaaehtoista, mutta kaikille seksuaalirikoksista tuomituille on kuitenkin tarjottava hoitoa.[123]

Norjassa seksuaalirikollisten hoidossa ei ole käytössä pakollista lääkehoitoa vaan hoidon perustana ovat lääkkeettömät keskusteluterapiat. Vapaaehtoista lääkehoitoa yhdistettynä kognitiiviseen terapiaan on kuitenkin kokeiltu Trondheimin vankilassa vuodesta 2004 lähtien. Tämän yhdistelmähoidon tuloksia kuvataan vuonna 2006 julkaistussa artikkelissa *Behandling av seksuelle overgripere med leuprorelin*.[124]

Trondheimissa käytössä ollut hoito-ohjelma on kaksiosainen. Ensimmäinen osa perustuu englantilaiseen kognitiivisen terapian ohjelmaan *SOTP*. Vapaaehtoinen

[123] HE 140/2012, s. 10. Ks. myös s. 11.
[124] HE 140/2012, s. 11.

hormonihoito voidaan yhdistää hoito-ohjelman toiseen jaksoon. Kokeilusta saatuja tuloksia on pidetty hyvinä ja mahdollisuus hormonaaliseen lääkehoitoon säilyy edelleen yhtenä seksuaalirikollisten hoitomuotona Norjassa.[125]

Tanskan malli eroaa hieman muista Pohjoismaista. Vakavaan seksuaalirikokseen syyllistynyt ja edelleen vaaralliseksi arvioitava seksuaalirikoksen tekijä voidaan tuomita Tanskassa niin sanottuun preventiiviseen vankeuteen. Tällaisessa vankeudessa vangille suositellaan sukupuoliviettiä vaimentavaa lääkehoitoa, jotta ehdonalainen vapautuminen olisi mahdollista. Seksuaalirikoksesta tuomittu voidaan myös tuomita ehdottoman vankeuden sijasta ehdolliseen rangaistukseen, joka tarkoittaa kahden vuoden mittaista seksuaalikäyttäytymiseen vaikuttavaa psykiatrista hoitoa. Rikoksen on täytynyt olla lievä, jotta tällaiseen ehdolliseen rangaistukseen voidaan tuomita.[126]

Tanskassa on perustettu koko valtion alueen kattava, vakavista seksuaali- ja väkivaltarikoksista tuomittujen vankien hoitoon erikoistunut laitos, *Herstedvester*. Laitokseen sijoitetaan psykiatrisen hoidon tarpeessa olevia vankeja. Se ei kuitenkaan ole sairaala eikä sinne sijoiteta mielisairaita vankeja. Vuodesta 1989 lähtien siellä on annettu seksuaaliviettiä alentavaa lääkehoitoa vaaralliseksi katsottaville vangeille, jos yksistään psykoterapia ei näiden vankien kohdalla ole riittävä hoitotoimenpide. Lääkehoidon edellytyksenä on se, että tuomittu on syyllistynyt vakavaan seksuaalirikokseen tai uusinut tällaisen rikoksen sekä se, että vangin arvioidaan todennäköisesti syyllistyvän uusiin rikoksiin. Edellytyksenä on edelleen, että muut hoitomuodot eivät yksistään ole riittäviä. Jos tuomittu ei suostu lääkehoitoon, seurauksena voi olla esimerkiksi ehdonalaiseen vapauteen pääsyn epääminen. Lääkehoitoon määrääminen laitoksessa on pitkä prosessi ja se voidaan määrätä kestäväksi ainoastaan ehdonalaisen vapauden ajan.[127]

[125] HE 140/2012, s. 11.
[126] HE 140/2012, s. 11.
[127] Ks. HE 140/2012, s. 11–13.

4.6. Lääkehoidon suhde perus- ja ihmisoikeuksiin

Suomi on saattanut voimaan Euroopan neuvoston yleissopimuksen lasten suojelemisesta seksuaaliselta riistolta ja seksuaalista hyväksikäyttöä vastaan (Sops 88/2011) 11. päivänä lokakuuta 2011. Tämän yleissopimuksen 4 artiklan mukaan ” kukin sopijapuoli ryhtyy tarvittaviin lainsäädäntö- tai muihin toimenpiteisiin ehkäistäkseen kaikenlaisen lasten seksuaalisen riiston ja seksuaalisen hyväksikäytön sekä suojellakseen lapsia.” Suomessa lapseen kohdistuvien seksuaalirikosten tekijöiden lääkehoito ja muut hoitomuodot perustuvat vapaaehtoisuuteen. Lääkehoidon aloittavan vangin on annettava hoitoon kirjallinen suostumuksensa. Lääkehoidon mahdollisuudesta ei vielä ole kuitenkaan laintasoista säännöstä. Yleissopimuksen asettamat vaatimukset lasten suojelemisesta seksuaaliselta riistolta ja hyväksikäytöltä vaatisivat lääkehoitoa ja muita hoitomuotoja sääntelevää laintasoista säännöstä.

Tässä tutkielmassa on jo useaan otteeseen viitattu hallituksen esitykseen (140/2012), joka on tuomassa kyseessä olevaan asiaan muutosta. Suurena ongelmana muutoksen mahdollistamisessa nähdään kuitenkin perustuslain (11.6.1999/731) 7 §:n asettama oikeus elämään sekä henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen. PL 7 §:n mukaan jokaisella on oikeus elämään sekä henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen. Ketään ei saa tuomita kuolemaan, kiduttaa eikä muutoinkaan kohdella ihmisarvoa loukkaavasti. Edelleen PL 7 §:n mukaan henkilökohtaiseen koskemattomuuteen ei saa puuttua eikä vapautta riistää mielivaltaisesti eikä ilman laissa säädettyä perustetta. Rangaistuksen, joka sisältää vapaudenmenetyksen, määrää tuomioistuin. Muun vapaudenmenetyksen laillisuus voidaan saattaa tuomioistuimen tutkittavaksi. Vapautensa menettäneen oikeudet turvataan lailla.

Lääkehoidon kohdalla ongelmana on erityisesti tämän PL 7 §:n asettama vaatimus henkilökohtaiseen koskemattomuuteen puuttumisesta vain laissa säädetyllä perusteella. Tähän hallituksen esitys on nyt asettamassa muutosta. Esityksen mu-

kainen lääkehoito koevapauteen pääsyn ehtona merkitsisi henkilön suostumuksella tapahtuvaa puuttumista vangin henkilökohtaiseen koskemattomuuteen.[128]

Perustuslakivaliokunta on edellyttänyt suostumuksen nojalla perusoikeussuojaan puuttuvalta lailta erityisesti tarkkuuta ja täsmällisyyttä, säännöksiä suostumuksen antamisen ja peruuttamisen tavasta sekä sääntelyn välttämättömyyttä.[129] Nämä edellytykset täyttyvät hallituksen esityksessä.[130] Uudistuksen tavoitteena olisikin turvata seksuaalirikosten uhreiksi joutuvien henkilökohtaista koskemattomuutta.[131] Punninta on siis tehtävä seksuaalirikoksen uhrin ja toisaalta rikoksentekijän henkilökohtaisen koskemattomuuden välillä. Hallituksen esityksen lääkehoitoa koskevan ehdotuksen taustalla on yleissopimuksen (SopS 88/2011) mukainen lasten suojeleminen ja rikoksentekijän rikoksen uusimisen ehkäiseminen. Jos rikoksentekijä uusisi rikoksen, puuttuisi hän uudelleen aikaisemman uhrin tai mahdollisesti uuden uhrin henkilökohtaiseen koskemattomuuteen. Tämän vuoksi hallituksen esityksen mukainen uudistus on erittäin toivottu. Hallituksen esityksessä suhde perus- ja ihmisoikeuksiin on perusteltu kattavasti. *Kaiken esitetyn nojalla ongelmaa perus- tai ihmisoikeuksien kanssa ei pitäisi ilmetä.*

Oikeusministeri Anna-Maja Henriksson on ottanut kantaa kyseiseen hallituksen esitykseen. Hän kannattaa seksuaalirikollisten lääkehoitoa. Henrikssonin mukaan myös Virossa keskustellaan hallituksen esityksen kaltaisesta laista ja Venäjällä pakollisesta lääkehoidosta. Pakolliseen lääkehoitoon hän ei kuitenkaan ryhtyisi, mutta haluaa ennaltaehkäistä seksuaalirikosten uusimisen.[132] Myös Turussa sijaitsevan psykiatrisen vankisairaalan vastaava ylilääkäri Hannu Lauerma puoltaa vapaaehtoista lääkehoitoa. Hän pitää kaikkia toimia seksuaalirikollisuuden

[128] HE 140/2012, s. 49.
[129] Ks. PeVL 19/2000 vp.
[130] Ks. HE 140/2012, s. 49.
[131] HE 140/2012, s. 49.
[132] http://yle.fi/uutiset/oikeusministeri_kannattaa_seksuaalirikollisten_kemiallista_kastraatiota/5391831. Viitattu 16.02.2015.

vähentämiseksi erittäin toivottavina, mutta ymmärtää sen, että asiassa tulee ottaa huomioon ihmisoikeusnäkökohdat.[133]

[133] http://www.hs.fi/artikkeli/Pedofiilien+hoitamiseen+on+uusi+l%C3%A4%C3%A4-ke/1135233971266. Viitattu 25.03.2014.

5 Syyntakeisuus

5.1. Syyntakeisuuden arvioinnista

5.1.1. Yleistä

Rikoslain (19.12.1889/39) 3 luvun 4 §:n (13.6.2003/515) 1 momentin mukaan rangaistusvastuun edellytyksenä on, että tekijä on teon hetkellä täyttänyt viisitoista vuotta ja on syyntakeinen. 2 momentin mukaan tekijä on syyntakeeton, jos hän ei tekohetkellä kykene mielisairauden, syvän vajaamielisyyden taikka vakavan mielenterveyden tai tajunnan häiriön vuoksi ymmärtämään tekonsa tosiasiallista luonnetta tai oikeudenvastaisuutta taikka hänen kykynsä säädellä käyttäytymistään on sellaisesta syystä ratkaisevasti heikentynyt (syyntakeettomuus). 3 momentin mukaan on rangaistusta määrättäessä otettava huomioon mitä 6 luvun 8 §:n (13.6.2003/515) 3 ja 4 momentissa säädetään, jollei tekijä ole 2 momentin mukaan syyntakeeton, mutta hänen kykynsä ymmärtää tekonsa tosiasiallinen luonne tai oikeudenvastaisuus taikka säädellä käyttäytymistään on mielisairauden, vajaamielisyyden taikka mielenterveyden tai tajunnan häiriön vuoksi tekohetkellä merkittävästi alentunut (alentunut syyntakeisuus). 5 momentin mukaan tuomioistuimen tulee, jollei se ole ilmeisen tarpeetonta, saattaa kysymys rikoksesta syytetyn hoidon tarpeesta selvitettäväksi siten kuin mielenterveyslain (14.12.1990/1116) 21 §:ssä (11.12.2009/1066) säädetään, jos tuomioistuin jättää rikoksesta syytetyn hänen mielentilansa vuoksi rangaistukseen tuomitsematta.

Syyntakeisuuden arviointi on Suomessa siis kolmiportainen. Rikoksentekijä on ollut tekohetkellä *syyntakeinen, alentuneesti syyntakeinen* tai *syyntakeeton.* Aikaisemmin on käytetty termejä ” täydessä ymmärryksessä” *(syyntakeinen)*, ” täyttä ymmärrystä vailla” *(alentuneesti syyntakeinen)* ja ” ymmärrystä vailla” *(syyntakeeton)*. Tuomioistuimen määrittäessä syyntakeisuutta olennaista on ar-

vioida rikoksentekijän kykyä ymmärtää ja arvioida tekonsa moraalinen merkitys ja oikeudenvastaisuus.[134]

Tuomioistuimen on saatava tietoa syytetyn mielestä rikoksen tekohetkellä, jotta se voi tehdä päätöksensä rangaistuksesta.[135] Oikeudenkäymiskaaren (1.1.1734/4) 17 luvun (29.7.1948/571) 45 §:n (31.3.2006/244) mukaan tuomioistuin voi määrätä rikosasian vastaajan mielentilan tutkittavaksi, jos tuomioistuin on oikeudenkäynnistä rikosasioissa annetun lain (117.1997/689) 11 luvun 5 a §:n (31.3.2006/243) mukaisessa välituomiossaan todennut rikosasian vastaajan menetelleen syytteessä kuvatulla rangaistavaksi säädetyllä tavalla, vastaajan mielentilan tutkiminen on perusteltua ja vastaaja suostuu mielentilatutkimukseen tai hän on vangittuna tai häntä syytetään rikoksesta, josta voi seurata ankarampi rangaistus kuin vuosi vankeutta. Tuomioistuimen tulee mielentilatutkimuspyyntöä esittäessään pyytää lausuntoa syytetyn vaarallisuudesta toisten hengelle tai terveydelle. Tämä lausuntopyyntö tulee esittää ennen kuin tuomioistuin voi tehdä päätöksensä koko rangaistusajan suorittamisesta vankilassa.[136]

” Mielentilatutkimuksen tavoitteena on selvittää, mikä on ollut syytetyn mielentila syytteenalaisen teon tai tekojen aikana (syyntakeinen, alentuneesti syyntakeinen, syyntakeeton). Lisäksi, mikäli hänen katsotaan olevan syyntakeeton, arvioidaan tahdosta riippumattoman psykiatrisen sairaalahoidon tarve (kehitysvammaisten kohdalla tahdosta riippumattoman erityishuollon tarve) mielentilatutkimuksen päättyessä sekä se, voidaanko häntä kuulla oikeudessa ja tarvitseeko hän oikeudenkäyntiä varten uskotun miehen. Lausuntoon kirjataan myös tutkittavan oma mielipide hoidon tarpeesta (kuuleminen hoitoon määräämispäätöksen suhteen).” [137]

[134] Kotilainen (2006), s. 2.
[135] Weizmann-Henelius (2008), s. 322.
[136] Weizmann-Henelius (2008), s. 323.
[137] Kotilainen (2006), s. 4.

5.1.2. Mielentilatutkimukset ja syyntakeisuuden arviointi – tuomioistuinprosessi ja terveydenhuoltoprosessi

Mielentilalausuntoja annetaan vuosittain noin 200.[138] Vuonna 2014 niitä käsiteltiin oikeuspsykiatristen asioiden lautakunnassa yhteensä 110.[139] Mielentilatutkimuksia tehdään yleensä vain vakavimpien rikosten kohdalla. Vastoin tahtoa syytetty voidaan määrätä mielentilatutkimukseen vain, jos hän on vangittuna tai jos rikoksesta, josta häntä syytetään voi seurata ankarampi rangaistus kuin yksi vuosi vankeutta. Tuomioistuimet pyytävät mielentilalausuntoja asiakirjojen perusteella vuosittain vain noin alle 10. Mielentilalausuntoja pyydetään verrattain hyvin vähän, vain noin puolessa prosentissa kaikista tuomioistuimen käsittele-mistä rikosasioista.[140]

Tuomioistuinprosessin ensimmäisessä vaiheessa pyydetään syytetystä mielentilalausunto. Tuomioistuimella on kolme vaihtoehtoa: se voi määrätä syytetyn mielentilatutkimukseen Oikeudenkäymiskaaren (1.1.1734/4) 17 luvun (29.7.1948/571) 45 §:n (31.3.2006/244) nojalla tai pyytää mielentilalausunnon pelkästään asiakirjojen nojalla. Tuomioistuin voi myös jättää mielentilalausunnon pyytämättä ja tehdä päätöksensä esimerkiksi syytetystä aikaisemmin tehtyyn mielentilatutkimukseen perustuen. Toisessa vaiheessa mielentilatutkimukseen määrätty otetaan tutkimuksen suorittamista varten Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen[141] (TEO, jäljempänä THL) määräämään sairaalaan. Tutkimukselle varataan aikaa enintään kaksi kuukautta, jonka jälkeen tutkimuksen suorittaneen lääkärin laatima mielentilatutkimus toimitetaan Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselle (THL), jonka oikeuspsykiatristen asioiden lautakunta antaa asiasta oman lausuntonsa.[142]

---

[138] Kotilainen (2006), s. 1.
[139] Oikeuspsykiatria 2014.
[140] Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2005:20, s. 17.
[141] 1. tammikuuta 2009 TEO ja Sosiaali- ja terveydenhuollon tuotevalvontakeskus (STTV) yhdistyivät ja muodostivat uuden Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston, Valviran. Nykyisin Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) vastaanottaa tutkimuspyynnöt, päättää tutkimuspaikan, myöntää mahdollisen jatkoajan ja käsittelee lausunnot.
[142] Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2005:20, s. 17.

Mielentilatutkimus sisältää psykiatrisen tutkimuksen, psykologisen tutkimuksen ja tarvittaessa neuropsykologisen tutkimuksen sekä somaattisen tutkimuksen, joka sisältää neurologisen tutkimuksen. Lisäksi voidaan tarvittaessa konsultoida eri somaattisten alojen erikoislääkäreitä, kuten sisätautilääkäreitä ja neurologeja. Rikoksentekijälle suoritetaan myös eräitä erikoistutkimuksia: laboratoriotutkimuksia, mahdollisesti sydänfilmi, keuhkokuva, aivosähkökäyrä, pään kuvantamistutkimuksia ja kromosomitutkimuksia. Mielentilatutkimusta varten voidaan kerätä myös joitakin taustatietoja esimerkiksi päihde-, sosiaali- ja terveydenhuollosta, kansaneläkelaitoksesta, puolustusvoimilta sekä omaisilta ja tuttavilta. Myös vankiloista ja sen terveydenhoitoyksiköistä, kouluista ja työpaikoilta on mahdollista kerätä rikoksentekijää koskevia taustatietoja mielentilatutkimusta varten.[143]

Samalla kun oikeuspsykiatristen asioiden lautakunta antaa asiasta oman lausuntonsa, jossa se ottaa kantaa tutkimukseen sekä tutkittavan mielentilaan, arvioidaan tutkittavan hoidon tarve. Jos THL:n oikeuspsykiatristen asioiden lautakunta arvioi syytetyn olevan tahdosta riippumattoman hoidon tarpeessa, määrätään hänet samalla hoitoon, joka aloitetaan välittömästi. Syytettyä ei voida pitää sairaalassa vastoin tahtoaan, mikäli hän ei ole tahdosta riippumattoman hoidon tarpeessa.[144]

Kun tuomioistuin on saanut mielentilalausunnon tai ottanut asian ratkaistavaksi ilman lausuntoa, tekee se asiassa oman ratkaisunsa.[145] Tuomioistuin tekee syyntakeisuusarvioinnin ja sitä koskevan ratkaisun itsenäisesti. Mielentilalausunnot eivät sido tuomioistuinta silloinkaan, kun mielentilatutkimuksen suorittanut lääkäri ja THL:n oikeuspsykiatristen asioiden lautakunta ovat syyntakeisuudesta yksimielisiä. Oikeuskäytännössä yksimielisistä lausunnoista ei kuitenkaan juuri ole poikettu. Tuomioistuin on yleensä päätynyt syyntakeisuuden

[143] Kotilainen (2006), s. 5.
[144] Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2005:20, s. 17.
[145] Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2005:20, s. 17.

kannalle, jos lääkäri ja THL:n oikeuspsykiatristen asioiden lautakunta ovat syyntakeisuuden asteesta erimielisiä.[146]

Tästä yhtenä esimerkkinä voidaan tarkastella Korkeimman oikeuden (KKO) ratkaisua vuodelta 1985. Siinä tutkimuksen suorittanut lääkäri katsoi, että rikoksentekijän normisto oli puutteellisesti sisäistynyt ja hänen kykynsä tehdä valintoja oli erittäin rajoittunut. Lääkäri oli näin ollen esittänyt lausunnossaan, että rikoksentekijä katsottaisiin syytteessä tarkoitettujen tekojen aikana olleen ja edelleen olevan ” täyttä ymmärrystä vailla” (syyntakeeton). Silloinen lääkintöhallitus taas oli lausunnossaan todennut, että rikoksentekijän mielentilatutkimuksen johtopäätöksissä oli jouduttu nojautumaan hyvin niukkaan aineistoon tutkittavan yhteistyöhaluttomuuden vuoksi. Lääkintöhallitus oli lausunnossaan kiinnittänyt huomiota myös siihen, että rikoksentekijän kykyä käsittää syytteessä tarkoitettujen tekojen tosiasiallinen luonne ja kykyä säädellä käyttäytymistään ei voitu pitää siinä määrin alentuneena, että häntä voitaisiin pitää alentuneesti syyntakeisena, huolimatta rikoksentekijän vaikeasta luonnehäiriöstä. Tämän vuoksi lääkintöhallitus antoi lausunnon, jossa se katsoi rikoksentekijän olleen tekohetkellä täydessä ymmärryksessä. Korkein oikeus katsoi, kuten alemmat oikeudet, että rikoksentekijä oli tekohetkellä täydessä ymmärryksessä. (Ks. KKO 1985-II-134.)

Sosiaali- ja terveysministeriön asettaman työryhmän (24.08.2004) mukaan yli 99,5 prosentissa tapauksista syytetty todetaan tekohetkellä täysin syyntakeiseksi ja noin 0,1 %:ssa kokonaan syyntakeettomiksi. Jos syytetty todetaan olleen tekohetkellä syyntakeeton, jätetään hänet tuomitsematta rangaistukseen. Jos syytetty tode-taan syyntakeettomaksi ilman mielentilatutkimusta, voi tuomioistuin pyytää Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta vielä selvityksen syyntakeettoman hoidon tarpeesta.[147]

[146] Korhonen (2007), s. 84.
[147] Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2005:20, s. 17.

Mielenterveyslain 8 §:n mukaan henkilö voidaan määrätä tahdostaan riippumatta psykiatriseen hoitoon vain, jos seuraavat kolme ehtoa täyttyvät: 1) jos hänen todetaan olevan mielisairas; 2) jos hän mielisairautensa vuoksi on hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan taikka muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta ja; 3) jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäviksi tai ovat riittämättömiä. Vain osa heistä, jotka on tuomioistuimessa todettu syyntakeettomiksi, määrätään tahdosta riippumattomaan hoitoon[148].

Liitteessä (Liite 1) kuvataan sekä tuomioistuinprosessin että terveydenhuollon puolella tapahtuva prosessi syyntakeettomuuden arvioinnissa. Liitteessä vasemmalla on havaittavissa kuvaus rikosprosessin tapahtumista ja ratkaisuista tuomioistuimissa, ja oikealla taas samaa asiaa koskevat tapahtumat ja ratkaisut terveydenhuollon puolella. Nuolet osoittavat siirtymistä eri vaiheista toiseen.[149]

5.1.3. Rikos- ja mielenterveyslain yhteensovittaminen

Sosiaali- ja terveysministeriö on asettanut työryhmän 24.8.2004 arvioimaan rikoksesta syytetyn ja rangaistukseen tuomitsematta jätetyn hoitoa ja tutkimista koskevien mielenterveyslain säännösten asianmukaisuuden ja sijainnin. Työryhmään kuului Sakari Lankinen, Jussi Pajuoja, Markku Eronen, Eira Hellbom, Päivi Hirvelä, Tapio Lappi-Seppälä, Hannu Lauerma, Jukka Mäki, Hanna Putkonen, Tuula Taskula, Eila Tiihonen, Jari Tiihonen, Timo Tuori, Pirkko Valtola, Irma Kotilainen ja Jukka-Pekka Takala. Lakivaliokunnan antaman lausunnon (14/2014) mukaan työryhmän antaman lausunnon pohjalta Sosiaali- ja terveysministeriössä on ollut valmisteltavana asiaa koskeva hallituksen esitys. Asian käsittely on kuitenkin viivästynyt laajan, hallitusohjelmaan perustuvan, koko keskeistä lainsäädäntötyötä koskevan uudistustyön vuoksi. Lakivaliokunnan lausunnon mukaan

[148] Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2005:20, s. 18.
[149] Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2005:20, s. 15.

rikos- ja mielenterveyslain yhteensovittamista koskeva uudistus on ollut tarkoitus käynnistää syksyllä 2014. Tätä tutkielmaa kirjoitettaessa asia ei kuitenkaan ole edennyt.

Työryhmän mukaan arvioinnin tarpeen taustalla ovat vaikuttaneet erityisesti rikoslain uusitut syyntakeisuussäännökset, joiden mukaan vakava mielenterveyden häiriö voi poistaa rikoksentekijän syyntakeisuuden tai alentaa sitä. Mielentilansa vuoksi syyntakeettomaksi todettua ei tuomita rangaistukseen, mutta valtaosa heistä määrätään mielenterveyslain nojalla tahdosta riippumattomaan psykiatriseen hoitoon.[150]

Työryhmä on ehdottanut, että mielenterveyslakia muutettaisiin siten, että rikollisen teon tehnyt ja syyntakeettomaksi todettu henkilö voidaan määrätä tahdosta riippumattomaan psykiatriseen hoitoon myös tiettyjen lähellä mielisairauksia olevien persoonallisuushäiriöiden perusteella. Työryhmä on vielä todennut, että tällaisia häiriöitä sairastavat henkilöt hyötyvät sellaisista hoitomenetelmistä, jotka ovat melkein samoja kuin mielisairauksien hoitamiseen tarkoitetut menetelmät. Työryhmä on ehdottanut myös, että mielenterveyslakiin lisättäisiin säädökset kriminaalipotilaiden velvoitteisesta avohoidosta. Jos velvoitteisessa avohoidossa oleva potilas ei noudattaisi hänen kanssaan laadittua suunnitelmaa, voitaisiin hänet siirtää sairaalahoitoon ilman erillistä tarkkailulähetettä. Työryhmän mukaan tällaisella velvoitteisella avohoidolla voidaan lyhentää kriminaalipotilaiden sairaalassa annettavan hoidon pituutta, ehkäistä uusintarikollisuutta ja psyykkisen voinnin heikentymisestä aiheutuvia raskaita hoitoja sekä tällaisten potilaiden kohdalla yleisesti runsasta akuuttipalveluiden tarvetta. Työryhmä ehdottaa lisäksi, että kriminaalipotilaiden hoidon järjestämisestä laadittaisiin sairaanhoitopiirikohtaiset mallit.[151] Kriminaalipotilaalla on vakiintuneesti tarkoitettu ” tuomioistuimen syyntakeettomana rangaistukseen tuomitsematta jättämää ja THL:n oikeuspsykiatristen asioiden lautakunnan

[150] Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2005:20, kuvailulehti.
[151] Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2005:20, kuvailulehti.

tahdosta riippumattomaan psykiatriseen sairaalahoitoon määräämää potilasta" [152].

5.2. Syyntakeisuusarviointi ja mielentilatutkimukset lapsiin kohdistuvien seksuaalirikosten kohdalla

Seksuaalirikoksia koskevaa rikoslain 20 lukua (24.7.1998/563) on muutettu viime aikoina hyvin useasti. Vuonna 2011 säännöksiä muutettiin siten, että sukupuoliyhteyden alle 16-vuotiaan kanssa käsittävät teot arvioidaan nykyisin lähtökohtaisesti aina törkeäksi lapsen seksuaaliseksi hyväksikäytöksi. Perustekomuodon vähimmäisrangaistusta korotettiin 14 päivästä neljään kuukauteen vankeutta. Törkeän lapsen seksuaalisen hyväksikäytön rangaistusasteikkoa ei kuitenkaan tässä vuoden 2011 uudistuksessa muutettu.[153]

Marianne Wagner-Prennerin tekemässä tutkimuksessa seksuaalirikoksia oli hänen käyttämässään aineistossa kokonaisuudessaan 120 ja heistä vain kolme oli naisia. Tutkimuksessa syyntakeisuusjakaumaa on tarkasteltu tämän vuoksi vain miesten osalta. Wagner-Prennerin mukaan seksuaalirikoksissa on havaittavissa syyntakeisuusjakauman kiristymistä, joka näkyy erityisesti vähentyneesti syyntakeiseksi (nyk. alentunut syyntakeisuus) katsottujen osuuden huomattavassa laskussa ja toisaalta syyntakeisiksi katsottavien osuuden huomattavassa nousussa. Wagner-Prenner muistuttaa myös, että 1990-luvulla seksuaalirikoksista syytettyjen mielentilatutkittavien määrä on vähentynyt merkittävästi. Hänen mukaansa vuosituhannen vaihteessa seksuaalirikoksesta syytetty arvioidaan erittäin suurella todennäköisyydellä syyntakeiseksi. Yhtenä syynä tähän Wagner-Prenner esittää sen, että raiskausta ei enää mielletä ilmentymäksi psyykkisestä sairaudesta vaan enemmänkin väkivaltarikokseksi. Kuitenkin, seksuaalirikosten ryhmään kuuluvista,

[152] Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2005:20, s. 18.
[153] Ks. HE 282/2010 vp.

vuonna 1995, 61 % oli Marianne Wagner-Prennerin tutkimuksessa syytteessä haureuden harjoittamisesta lapsen kanssa.[154]

Yleisesti voidaan todeta, että lapsiin kohdistuviin seksuaalirikoksiin syyllistyneet tulevat nykyään enää harvoin syyntakeisuusarvioinnin kohteeksi. THL:n vuoden 2014 tilaston mukaan mielentilalausuntoja annettiin kokonaisuudessaan yhteensä 110, joista 15:ssä tutkittava oli syytteessä seksuaalirikoksesta[155]. Tuohon 15:een on otettu mukaan kaikki seksuaalirikokset. THL:ssä ei ole tilastoa siitä, kuinka moni tästä 15:sta lausunnosta koski lapseen kohdistunutta seksuaalirikosta. Marianne Wagner-Prenner arvioi, että osa tai ehkä kaikki näistä ovat koskeneet lapseen kohdistuneita seksuaalirikoksia ja jos ne ovat niitä koskeneet, on kysymyksessä hyvin todennäköisesti törkeä tekomuoto.[156] Kun Lappi-Seppälän ja Niemen mukaan vuonna 2012 lasten seksuaalisesta hyväksikäytöstä tuomittiin päärikoksena yhteensä 218 henkilöä ja törkeästä lapsen seksuaalisesta hyväksikäytöstä 61[157], voidaan todeta, että vaikka kaikki 15 mielentilalausuntoa olisi koskenut lapsiin kohdistuneita rikoksia, tehdään mielentilatutkimuksia erittäin harvoin lapseen kohdistuvien seksuaalirikosten kohdalla. Tämä on sikäli problemaattista kun ajatellaan uudistunutta rikoslain 3:4 §:ää, jonka mukaan myös vakava mielenterveyden häiriö voi aiheuttaa syyntakeettomuuden. Mielenterveyslain 8 §:n mukaan aikuinen henkilö voidaan määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon vain, jos hänen todetaan olevan mielisairas.

Sosiaali- ja terveysministeriön asettaman työryhmän mukaan näiden lainsäädännöllisten eroavuuksien myötä on herännyt kysymys siitä, mahdollistaako tämä rikoslain uusi muoto sellaisen rikoksiin syyllistyneiden joukon määrittelemisen syyntakeettomiksi, joita ei voida määrätä mielenterveyslain mukaiseen tahdosta riippumattomaan hoitoon. Ongelmia syntyy etenkin tilanteissa, joissa syyntakeisuuskriteerit täyttyvät ja johtavat täten vastuuvapauteen, mutta tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämisen kriteerit eivät täyty eikä rikokseen syyl-

[154] Wagner-Prenner (2000), s. 290.
[155] Oikeuspsykiatria 2014.
[156] Wagner-Prenner (2015).
[157] Lappi-Seppälä, Niemi & Hinkkanen (2014), s. 354.

listynyt näin ollen pääse hoitoon ja syytetyn vaarallisuusarviointiin liittyvät perusteet taas osoittavat riskiä tekijän tai toisen hengelle ja/tai terveydelle.[158] Työryhmä on tehtävänsä aikana pohtinut kysymystä siitä, tulisiko tällaisista lievemmistä vakavista mielenterveyden häiriöistä kärsivien tahdosta riippumattoman hoidon mahdollisuutta lisätä nykyisestä. Tämän kysymyksen selvittämiseksi työryhmä on tarkastellut vakavien mielenterveyden häiriöiden luonnetta sekä hoitomahdollisuuksia.

[158] Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2005:20, s. 19.

6 Syyntakeisuusarviointi ja mielentilatutkimukset muualla Euroopassa

6.1. Pohjoismaat

6.1.1. Ruotsi

Ruotsi on ainoa Euroopan valtio, jossa rikoslaki *(brottsbalk)* mahdollistaa syyntakeettomien rikoksiin syyllistyneiden tuomitsemisen rangaistukseen. Ruotsissa vuonna 1965 voimaan tullut rikoslaki poisti aiemmin käytössä olleen erottelun syyntakeisen ja syyntakeettoman välillä. Tästä on kuitenkin vuonna 1991 säädetty merkittävä vankeutta koskeva poikkeus. Vuoden 1991 rikoslain 30 luvun 6 §:n mukaan sitä, joka teki rikoksen vakavan mielenterveyden häiriön vaikutuksen alaisena, ei saanut tuomita vankilaan. Psykiatriseen sairaalahoitoon voidaan tuomita vain ne, joiden tekemä rikos olisi normaalitilanteessa johtanut vankeusrangaistukseen.[159] Rikoslain 30 luvun 6 §:ään on vuonna 2008 tehty muutos (Lag 2008:320), jonka mukaan pääsääntö ei enää ole se, että vakavan psyykkisen häiriön alaisena rikoksen tehnyttä ei saa tuomita vankilaan. Muun kuin vankeusrangaistuksen on kuitenkin oltava ensisijainen valinta ja vankeuteen saa tuomita vain, jos siihen on erityisiä syitä.[160]

Ruotsissa psykiatriseen hoitoon määräämisen edellytyksenä on se, että rikoksentekijä on rikoksen tekohetkellä kärsinyt vakavasta psyykkisestä sairaudesta. Lisäksi edellytyksenä on, että psyykkisen sairauden ja rikollisen teon välillä on syy-yhteys, eli se, että rikollinen teko on tapahtunut psyykkisen sairauden vaikutuksesta. Hoitomääräykset jaetaan kahteen eri luokkaan sen perusteella, miten päätös hoidon päättymisestä tehdään. Ensimmäinen luokka on oikeuspsykiatrinen hoitomääräys. Se edellyttää, että tekijä kärsii vakavasta psyykkisestä häiriöstä tuomion antamishetkellä eikä rikosta voida sovittaa pelkästään sakolla sekä sitä, että rikoksen tekijän psyykkinen tila ja muut henkilökohtaiset

[159] HE 44/2002 vp, s. 53.
[160] Ks. Bb 30 kap. (Om val av påföljd) 6 §.

olosuhteet vaativat tahdosta riippumatonta psykiatrista hoitoa. Oikeus-psykiatrinen hoito viittaa aina suljettuun hoitoon. Laissa tarkoitettuja vakavia psyykkisiä häiriöitä ovat esimerkiksi vaikeat psykoottiset tilat, joissa tosiasioiden tajunta on häiriintynyt, erilaiset sekavuustilat, aistiharhat ja hallusinaatiot sekä vaikeammat persoonallisuushäiriöt, joissa ilmenee muun muassa voimakasta pakonomaista käyttäytymistä, kuten esimerkiksi seksuaalisia perversioita. Tuomioistuimella on päätösvalta hoitomääräyksissä. Ennen pää-töstään tuomioistuimen on kuitenkin hankittava asiasta lääketieteellinen selvitys.[161] Oikeuspsykiatrisessa hoitomääräyksessä käytetään niin sanottua pikkumielentilatutkimusta, joka tehdään tietyn strukturoidun arviointimenetelmän mukaan. Lääkäri esittää muutaman polikliinisen tapaamisen perusteella arvionsa siitä, tarvitaanko varsinaista suurta mielentilatutkimusta.[162] Tuomioistuin ei kuitenkaan ole sidottu tähän lausuntoon, vaan se voi määrätä rikoksentekijän hoitoon myös vastoin lääkintäviranomaisen antamaa suositusta.[163]

Toinen luokka on turvaamisperusteinen hoitomääräys. Tällöin hoitoon määräämiseen liittyy vapauttamista koskevia lisäedellytyksiä. Jos rikoksentekijän mielentilan perusteella on syytä olettaa, että käsillä on rikoksen uusimisriski, tehdään päätös hoitoon määräämisestä erityisessä järjestyksessä *(utskrivnings-prövning)*. Jos vakavaa psyykkistä häiriötä sairastava henkilö on tehnyt rikoksen psyykkisen sairautensa vaikutuksesta ja on oletettavissa, että kyseinen henkilö syyllistyy sairautensa vuoksi tulevaisuudessakin johonkin vakavaan rikokseen, tuomioistuin voi määrätä rikoksen tekijän sellaiseen oikeuspsykiatriseen hoitoon, joka voidaan lopettaa vain tuomioistuimen päätöksellä tässä yllä mainitussa uloskirjoitusmenettelyssä. Edellytyksenä tälle on, että rikos on tehty vakavan psyykkisen häiriön vaikutuksen alaisena, tekijä kärsii tästä psyykkisestä häiriöstä vielä tuomitsemishetkellä ja se, että tekijä on tuomitsemishetkellä oikeus-psykiatrisen hoidon tarpeessa sekä se, että vaarana on syyllistyminen uuteen vakavaan rikokseen. Turvaamisperusteista hoitomääräystä tulee edeltää niin

[161] HE 44/2002 vp, s. 53.
[162] Eronen, Seppänen & kotilainen (2012), s. 1826.
[163] HE 44/2002 vp, s.53.

kutsuttu suuri mielentilatutkimus. Tämä on hyvin samankaltainen kuin suomalainen mielentilatutkimus[164]. Lisäksi vaaditaan, että tehty rikos ja psyykkinen sairaus ovat syy-yhteydessä toisiinsa ja oletetut uudet rikokset ovat vakavia. Turvaamisperusteinen hoitomääräys tulee yleensä kyseeseen vain väkivaltarikosten kohdalla.[165]

Oikeuspsykiatrinen hoitojakso kestää korkeintaan neljä kuukautta. Tätä voidaan hakemuksesta pidentää enintään kuusi kuukautta kerrallaan. Päätöksen pidennyksestä tekee lääninoikeus. Ruotsissa mielentilatutkimuksessa otetaan kantaa siihen, onko epäilty tehnyt rikollisen teon psyykkisen häiriön alaisena, kärsiikö rikoksen tekijä edelleen tästä häiriöstä, onko rikoksen tekijän kohdalla edellytyksiä ja tarvetta määrätä hänet psykiatriseen hoitoon, mikä on arvio rikoksen tekijän vaarallisuudesta ja rikoksen uusimisriskistä sekä siihen, onko olemassa rangaistukseen vaikuttavia, esimerkiksi rikoslain 29 luvun 3 §:n mukaisia, lieventäviä seikkoja. Mielentilatutkimus sisältää myös ehdotuksen seuraamukseksi, jos tekijä on kärsinyt ja/tai kärsii edelleen psyykkisestä häiriöstä.[166]

6.1.2. Norja

Norjassa on käytössä jako syyntakeisiin, mielisairaisiin tai tunnottomassa tilassa oleviin rikoksentekijöihin sekä näiden väliin sijoittuviin henkilöihin, joiden tajunnan taso on tilapäisesti alentunut merkittävällä tavalla. Teosta ei rangaista, jos rikoksentekijä oli tekohetkellä mielisairas tai tunnottomassa tilassa tai vaikeasti psyykkisesti kehitysvammainen. Norjassa ei Ruotsin tapaan edellytetä syy-yhteyttä psyykkisen sairauden ja rikollisen teon välillä.[167]

Norjan lainsäädännössä mielisairauksiksi katsotaan psykoosit ja vakavat psyykkiset kehityshäiriöt. Syyntakeettomuuteen liittyvä vastuuvapaus on ehdoton, mutta se ei kuitenkaan estä muunlaisten seuraamusten kuin rangaistusten tuo-

[164] Eronen, Seppänen & Kotilainen (2012), s. 1826.
[165] HE 44/2002 vp, s. 53–54.
[166] HE 44/2002 vp, s. 54.
[167] HE 44/2002 vp, s. 54–55.

mitsemista. Muita seuraamuksia voivat olla esimerkiksi terveys- ja sosiaalilainsäädännön mukaiset hoitotoimet. Norjassa on tullut vuonna 2002 voimaan lainmuutos, joka mahdollistaa syyntakeettomaksi katsotun määräämisen psykiatriseen hoitoon. Edellytyksenä hoitoon määräämiselle on, että kysymyksessä on ollut tietynlainen väkivaltarikos ja että rikoksen uusimisriski on ilmeisesti olemassa. Tuomioistuimella on päätösvalta hoitomääräyksiä koskevissa asioissa.[168]

Norjassa mielentilatutkimuksessa menetelmiä ei ole ohjeistettu yhtä strukturoidusti kuin Suomessa tai Ruotsissa. Norjassakin käytetään kuitenkin samaa psykiatrista ja psykologista asiantuntemusta kuin muualla Länsi-Euroopassa. Oikeuspsykiatria ei ole Norjassa lääketieteen erillinen erikoisala, joten mielentilalausuntoja antavat psykiatrit siten, että kaksi psykiatria antavat arvionsa oikeudelle yhdessä. Jos he eivät ole asiasta yksimielisiä, antaa toinen psykiatri lisäksi eriävän mielipiteensä lausunnosta. Joissakin tapauksissa toinen lausunnonantajista voi olla psykologi. Käytännössä lausunnonantajat ovat hyvin harvoin eri mieltä tutkimuksen johtopäätöksistä.[169]

6.1.3. Tanska

Tanskassa syyntakeettomuutta koskevat säännökset sisältyvät rikoslain *(straffeloven)* 16 §:ään. Syyntakeettomille määrättävistä erityisseuraamuksista säädetään saman lain 68–70 §:ssä. Myös Tanskassa vastuuvapaus on ehdoton, kuten Norjassa. Rikoksentekijä on syyntakeeton, jos hän rikoksen tekohetkellä oli mielisairas tai siihen rinnastettavan syyn vuoksi rangaistuksesta vapaa taikka jos hänellä on vaikea-asteinen kehityshäiriö. Rikoksentekijöitä, jotka kärsivät lievemmistä psyykkisistä häiriöistä ei rangaista, elleivät erityiset syyt tätä puolla. Syyntakeisuus ratkaistaan siis psykiatrisin perustein. Myöskään Tanskan lainsäädäntö ei edellytä

[168] HE 44/2002 vp, s. 55 ja HE 95/2008 vp, s. 8.
[169] Eronen, Seppänen & Kotilainen (2012), s. 1826.

syy-yhteyttä rikollisen teon ja psyykkisen sairauden välillä, kuten Ruotsin lainsäädäntö edellyttää.[170]

Tanskassa mielenterveyden häiriön tulee olla olemassa rikoksen tekohetkellä ja syyntakeettomuustilan tulee johtua psyykkisestä häiriöstä. Laissa käytetty mielisairauden käsite on lääketieteellinen. Mielentilaa tutkiva lääkäri ottaa kantaa siihen, onko rikoksentekijä tehnyt rikollisen teon ollessaan mielisairas ja millainen tuo mielisairaus on ollut. Tuomioistuin ratkaisee syyntakeisuuskysymyksen eikä lääkäri ota siihen kantaa. Koska mielisairauden käsite on lääketieteellinen, on tutkivalla lääkärillä tosiasiallisesti huomattava merkitys päätöksenteossa ja täten merkittävä osa ratkaisuvaltaa.[171] Jos rikoksentekijä on todettu syyntakeettomaksi ja näin ollen jätetty tuomitsematta rangaistukseen, voidaan hänet määrätä suljettuun sairaalahoitoon, jos tämä katsotaan rikoksen uusimisen estämisen kannalta tarkoituksenmukaiseksi. Päätösvalta hoitomääräysten osalta on tuomioistuimella. Edellytyksenä suljettuun hoitoon määräämiselle on, että lievemmät seuraamukset eivät tule kyseeseen. Tanskan järjestelmän erityispiirre on se, että tuomioistuimen tulee ottaa kantaa siihen sijoitetaanko rikoksentekijä mielisairaalaan vai psykiatriseen hoitoon mielisairaalassa. Näiden ero on siinä, että ensiksi mainitussa tapauksessa rikoksentekijä sijoitetaan mielisairaalassa yleiselle osastolle ja jälkimmäisessä tapauksessa rikoksentekijä määrätään saamaan jotakin tiettyä hoitoa.[172]

Myöskään Tanskassa oikeuspsykiatria ei ole erillinen lääketieteen erikoisala. Mielentilalausuntoja antavat kokeneet psykiatrit. Suurin osa mielentilalausunnoista annetaan polikliinisen tutkimuksen perusteella.[173]

---

[170] HE 44/2002 vp, s. 55 ja HE 95/2008 vp, s. 8.
[171] HE 44/2002 vp, s. 55.
[172] HE 44/2002 vp, s. 55–56.
[173] Eronen, Seppänen & Kotilainen (2012), s. 1826.

6.2. Muu Eurooppa

Saksassa syyntakeeton voidaan määrätä psykiatriseen sairaalahoitoon, jos tekijän voidaan olettaa uusivan tekonsa ja olevan näin ollen vaaraksi muille. Henkilö on syyntakeeton, jos häneltä puuttuu kyky ymmärtää tekonsa oikeudenvastaisuus mielenterveyden häiriön, tajunnan häiriön tai heikkomielisyyden vuoksi. Syyntakeettomuus tarkoittaa, että tekijä ei osoita rangaistuksen vaatimaa syyllisyyttä. Mielenterveyden häiriöksi luokitellaan lähinnä psykoosit ja neuroottis-psykopaattiset häiriöt. Tajunnan häiriöiksi luokitellaan erilaiset hypnoottiset tilat, hallusinaatiot sekä ehkä hieman yllättävästikin, stressin, vihan, mustasukkaisuuden ja pelon aiheuttamat voimakkaat kiihtymistilat. Heikkomielisinä on pidetty muun muassa idiootteja ja imbesillejä.[174]

Saksassa tuomioistuin tekee päätöksen psykiatriseen hoitoon määräämisestä. Tuomioistuinkäsittelyssä asiantuntijana toimii psykiatri. Hoitomääräykselle ei ole asetettu aikarajaa, vaan määräys on rajoittamaton. Hoitoon määräämisen edellytyksiä arvioitaessa huomioon otetaan rikoksentekijän vaarallisuus. Tekijän vaarallisuutta arvioidaan tuomiohetken mukaan ja arvioinnissa huomioon otetaan myös jo tehty rikos. Saksassa perustuslakiin kirjattu suhteellisuusvaatimus koskee myös psykiatriseen hoitoon määräämistä. Vähemmän rajoittavia toimenpiteitä on käytettävä, jos yhteiskunnan turvallisuus ja rikoksentekijän sopeuttaminen yhteiskuntaan on toteutettavissa tällaisilla keinoilla.[175]

Saksassa tuomioistuinten palveluksessa toimii noin 400 oikeuspsykologia. Toisin kuin monissa muissa maissa Saksassa todistuspsykologi on tuomioistuimen asiantuntija, jonka tulee olla ehdottoman puolueeton ja riippumaton suhtautumisessaan asian osapuoliin. Todistuspsykologin tulee pyrkiä ainoastaan sen selvittämiseen, mikä asiassa on totta. Kun oikeuspsykologi on tutkinut tapauksen hän kirjoittaa siitä lausunnon ja esiintyy tämän jälkeen asiantuntijatodistajana oikeudessa. Lausunnossa esitetään tutkimuksissa havaitut tosiasiat ja perustellaan

[174] HE 44/2002 vp, s. 56.
[175] HE 44/2002 vp, s. 57.

niistä tehdyt johtopäätökset. Tämän jälkeen lausunto esitetään tuomarille. Saksassa oikeuspsykologin lausunto kuuluu todistusaineistoon, jonka perusteella tuomioistuin tekee ratkaisunsa.[176] Suomessa tällaista vastaavaa järjestelmää ei ole.

Itävallassa syyntakeettomuuden kriteereistä säädetään rikoslain 11 §:ssä. Kriteerit ovat hyvin pitkälle samankaltaiset kuin Saksassa. Rikoksentekijä on syyntakeeton, jos hän ei kykene tekohetkellä ymmärtämään rikollisen tekonsa oikeudenvastaisuutta mielenterveyden häiriön, tajunnan häiriön tai heikkolahjaisuuden vuoksi. Jos rikoksentekijä katsotaan syyntakeettomaksi ja hänen tekemästään rikoksesta voisi seurata yli vuoden pituinen vankeusrangaistus, voidaan rikoksentekijä tuomioistuimen päätöksellä määrätä tahdonvastaiseen psykiatriseen hoitoon. Hoitoon määräämisen edellytyksenä on, että rikoksentekijä, ottaen huomioon hänen henkilökohtaiset olosuhteet ja rikollisen teon laatu, oletettavasti tekisi vastaisuudessakin tekoja, joilla olisi vakavat seuraukset. Itävallassa myös syyntakeisena rangaistukseen tuomittu voidaan määrätä tahdonvastaiseen hoitoon samoilla edellytyksillä kuin syyntakeetonkin.[177]

Islannissa syyntakeetonta ei voi tuomita vankilaan, jos hän on kärsinyt tekohetkellä jostakin psykoottitason mielenhäiriöstä. Myös Islannissa hoitoon määräämisestä päättää tuomioistuin.[178]

Iso-Britanniassa käytäntö on hieman erilainen. Kriminaalipotilaita koskeva lainsäädäntö sisältyy lähes kokonaisuudessaan mielenterveyslakiin. Syyntakeettomuus määräytyy mielisairauden perusteella. Myös Iso-Britanniassa tuomioistuimella on päätösvalta hoitomääräyksen suhteen. Hoitoon määräämisen edellytyksenä on, että teosta seuraisi vankeusrangaistus ja että päädiagnoosina on mielisairaus, vaikea-asteinen kehitysvammaisuus tai psykopaattinen persoonallisuuden häiriintyneisyys. Hoitomääräys korvaa vankeusrangaistuksen tai muun

[176] Sariola (1997), s. 43.
[177] HE 44/2002 vp, s. 58.
[178] HE 95/2008 vp, s. 8.

seuraamuksen ja rikoksentekijä siirtyy kokonaan terveydenhuollon sys-teemin piiriin ja samalla myös terveysviranomaisten ratkaisuvallan alaan.[179]

Ranskassa syyntakeisuutta ja kriminaalipotilaita koskevat säännökset ovat puutteelliset eikä viranomaisilla ole tällä hetkellä käytössään keinoja, joilla syyntakeettomat, vakavista mielenhäiriöistä kärsivät, rikoksentekijät voitaisiin saattaa psykiatrisen hoidon piiriin. Belgian kohdalla taas hallituksen esityksessä mainitaan erityisesti tiettyjen seksuaalirikosten kohdalla noudatettava käytäntö. Heidät voidaan sijoittaa laitokseen sosiaalisesta suojelusta annetun lain perusteella.[180]

Espanjassa mielisairaudesta kärsivä rikoksentekijä voidaan sijoittaa laitokseen, hänen kunnostaan riippuen, joko yleiselle vankiosastolle tai lääkinnälliselle osastolle. Kreikassa taas syyntakeeton, vaarallinen ja mielisairas rikoksentekijä voidaan siirtää holhouksen alaiseksi julkiseen sairaalaan. Erikoisen Kreikan lainsäädännöstä tekee se, että erityistä mielenterveyslakia ei ole vaan säännökset psykiatrisesta hoidosta kuuluvat rikoslainsäädäntöön ja se, että oikeuspsykiatriset sairaalat ovat tarkoitettu vain miehille. Rikoksentekijä voidaan määrätä oikeuspsykiatriseen sairaalaan, jos syyntakeisuuden katsotaan olevan alentunut, mutta henkilöä pidetään edelleen vaarallisena.[181]

[179] HE 95/2008 vp, s. 8.
[180] HE 95/2008 vp, s. 10.
[181] HE 95/2008 vp, s. 10.

7 Lopuksi

Lapsen seksuaalisen hyväksikäytön selvittäminen on erittäin hankalaa ja aikaa vievää. Etenkin silloin, kun hyväksikäyttöepäily tulee ilmi vasta vuosien kuluttua tapahtuma-ajasta. Tämä on hyvin tavallista lapseen kohdistuvien seksuaalirikosten kohdalla. Kuten tutkielmassa on aiemmin todettu, uhrit saattavat kärsiä erilaisista dissosiaatiohäiriöistä, jolloin he ikään kuin sulkevat traumatisoineet tapahtumat mielensä ulkopuolelle. Tällöin henkilö ei välttämättä muista joltakin tietyltä ajanjaksolta tai tietystä tapahtumasta mitään. Nämä tapahtumat voivat myöhemmin palautua mieleen esimerkiksi terapian tai hypnoosin avulla. Muistojen palautuminen voi tapahtua jopa kymmenien vuosien päästä. Muistot voivat palautua myös jonkin myöhemmin elämässä koetun traumatisoineista tapahtumista muistuttavan seikan vuoksi.

Lapsiin kohdistuvien seksuaalirikosten tekijät kärsivät useimmiten lapsikohteisesta seksuaalihäiriöstä, joka on lääketieteessä diagnosoitu mielenterveyden häiriö. Kuten muutkin mielenterveyspotilaat hekin tarvitsevat sairauteensa hoitoa. Paras mahdollinen hoito koostuu lääkehoidon ja erilaisten psykiatristen hoitojen yhdistelmästä. Rikoslain 20 luvun 6 ja 7 §:n nojalla tuomittujen rangaistusten tulisi olla nykyistä pidempiä, jotta näiden rikoksentekijöiden hoidot saataisiin vietyä loppuun saakka. Jos taas rikoksentekijä katsottaisiin syyntakeettomaksi vakavan mielenterveydenhäiriön perusteella, tulisi mielenterveyslain mahdollistaa myös heidän kohdallaan tahdosta riippumattomaan hoitoon määrääminen. Nykyisten rikos- ja mielenterveyslain välisessä yhteensovittamisessa on poikkeuksellinen ongelma. Vaikkakaan lapseen kohdistuvien seksuaalirikosten kohdalla harvoin päädytään syyntakeisuusarviointiin, on mahdollista, että rikoksentekijä jätetään syyntakeettomana rangaistukseen tuomitsematta eikä mielenterveyslain tahdosta riippumattoman hoidon edellytykset täyty, ja näin ollen rikoksentekijä vapautuu rangaistuksesta eikä saa hoitoa sairauteensa. Jos näin käy, rikoksentekijä hyvin todennäköisesti uusii rikoksensa.

On hyvin erikoista, että vakavien lapseen kohdistuvien seksuaalirikosten kohdalla syyntakeisuusarviointia ja mielentilatutkimuksia tehdään käytännössä niin harvoin. Lääketiede on todistanut lapsikohteisen seksuaalihäiriön olevan mie-lenterveyden häiriö, joka aiheuttaa muun muassa impulssikontrollin ongelmia. Tällaisesta sairaudesta kärsivä henkilö ei tekohetkellä kykene ymmärtämään te-konsa tosiasiallista luonnetta eikä hän kykene sääntelemään käyttäytymistään. Nykyisen rikoslain 3 luvun 4 §:n mukaan tällainen henkilö voitaisiin katsoa syyn-takeettomaksi.

Vaikkakaan mielisairauksien luokittelulla ei sinänsä ole merkitystä, rikoslain esitöiden mukaan henkilön kyvyllä säädellä omaa käyttäytymistään on ratkaiseva merkitys syyntakeisuuden arvioinnissa. Usein tämä edellytys täyttyy lapsi-kohteisesta seksuaalihäiriöstä kärsivien kohdalla. Siltikin syyntakeisuusarviointia tehdään hyvin harvoin näiden rikoksentekijöiden kohdalla.

Tähän epäkohtaan voitaisiin puuttua uudistetulla lainsäädännöllä. Tekemääni kyselyyn tulleet vastaukset osoittivat, että tämänhetkinen lainsäädäntö ei vastaa yleistä moraalia. Ainakin törkeän lapsen seksuaalisen hyväksikäytön kohdalla tulisi rangaistusasteikon minimiä nostaa kahteen vuoteen, jolloin siitä saatava ran-gaistus olisi aina tuomittava ehdottomana. Tämän myötä myös tuomioistuinten rangaistuskäytäntö lapsen seksuaalisen hyväksikäytön kohdalla olisi väistämättä muututtava.

Lapsikohteiselle seksuaalihäiriölle eli pedofilialle on ominaista ” toistuvat, voi-makkaat seksuaaliset yllykkeet ja seksuaalisesti kiihottavat fantasiat seksuaalisesta toiminnasta puberteetti-ikää nuoremman lapsen kanssa.” Yllykkeet ja fantasiat ovat useimmiten johtaneet tuomittavaan toimintaan, joka on voinut olla luonteeltaan väkivallatonta tai väkivaltaista. On huomattava, että kaikki lasten hyväksikäyttö ei kuitenkaan ole pedofiliaa, koska lapsen käyttäminen seksuaalisen tyydytyksen saamiseksi voi olla myös tilapäistä. Seksuaalisuuden suuntautunei-suuden lapsiin täytyy olla siis pysyvää, jotta pedofilian tunnusmerkit täyttyvät.[182]

[182] Haapasalo (2008), s. 181–182.

Kuten aiemminkin on jo mainittu, rikos- ja mielenterveyslain esitöiden mukaan mielisairaus tarkoittaa yleensä psykoottisluontoisia tiloja, lähinnä skitsofrenian eri muotoja, harhaluuloisuushäiriöitä, kaksisuuntaista mielialahäiriötä ja eräitä delirium-tiloja. Syvällä vajaamielisyydellä tarkoitetaan keskivaikeaa, vaikeaa ja syvää älyllistä kehitysvammaisuutta, mikä käytännössä on tarkoittanut älykkyydeltään alle yhdeksänvuotiaan tasolla olevaa henkilöä. Vakava mielenterveyden häiriön käsite taas on laajempi kuin käsite mielisairaus ja pitää sisällään myös mielisairauksia lievempiä psyykkisiä häiriöitä.[183] Tajunnan häiriöllä tarkoitetaan myrkytystilaa, ikäheikkoutta, dementian tuomaa ymmärryskyvyn heikentymistä ja orgaanista aivovammaa.[184]

Tutkielmassa esitetyn perusteella lapsikohteisen seksuaalihäiriön voitaisiin katsoa täyttävän rikoslain 3 luvun 4 §:n mukaisen vakavan mielenterveyden häiriön käsitteen. Tämän vuoksi myös tuomioistuinten tulisi vakavasti harkita lapseen kohdistuvien seksuaalirikosten kohdalla syytetyn syyntakeisuusarvioinnin mahdollisuutta ja edelleen mielentilatutkimukseen määräämistä. Tätä kautta lapseen kohdistuneeseen seksuaalirikokseen syyllistynyt voisi saada oikeanlaista apua sairautensa hoitamiseksi ja lapseen kohdistuvia seksuaalirikoksia voitaisiin ennaltaehkäistä tehokkaammin. Vankila ei aina tällaisesta seksuaalihäiriöstä kärsivälle ole oikea paikka uusintarikollisuuden ehkäisemisen näkökulmasta katsottuna. Nämä rikoksen tekijät tarvitsevat hoitoa, mikäli heillä on diagnosoitu lapsikohteinen seksuaalihäiriö. Vankilassa ”pedofiili” on yleensä ”alinta kastia”, jolloin he ovat myös itse vaarassa joutua henkeen ja terveyteen kohdistuvan rikoksen uhriksi.

Nykyisin lapsikohteisen seksuaalihäiriön ei siis katsota täyttävän mielisairauden käsitettä eikä siitä kärsiviä voida määrätä MTL:n mukaiseen tahdosta riippumattomaan hoitoon. On hieman outoa, että tällaisesta mielenterveyden häiriöstä kärsiviä ei katsota ”tarpeeksi” vaaralliseksi toisten hengelle ja terveydelle. Lapsen seksuaalinen väkivalta on kaikissa muodoissaan törkeästi lapsen itsemää-

[183] Kotilainen (2006), s. 2.
[184] Korhonen (2007), s. 77.

räämisoikeuden piiriin tunkeutumista ja raakaa väkivaltaa. Toivon, että lainsäädännön uudistuttua Sosiaali- ja terveysministeriön asettaman työryhmän tekemän mietinnön pohjalta myöskin käytäntö tämän asia tiimoilta muuttuu ja lasten terveydelle ja hengelle vaaralliset rikoksentekijät saadaan asianmukaisen hoidon piiriin.

Lapsen seksuaalinen hyväksikäyttö on yleisesti kansalaisten mielestä erittäin tuomittavaa. Suomalaiset haluavat koventaa lapseen kohdistuvista rikoksista saatavia rangaistuksia. Erityisesti tuomioiden ehdollisuutta ei yleisesti kansalaisten keskuudessa hyväksytä. Tuomioiden ehdollisuus halutaan muuttaa ehdottomiksi vankeusrangaistuksiksi. Yksi mielenkiintoinen seikka nousi esiin tekemäni kyselyn perusteella. Jotkut kansanedustajat näkevät rangaistuskäytännön yhtenäisyyden yhtenä ongelmana lapsiin kohdistuvien seksuaalirikosten kohdalla. Erityisesti kansanedustaja Jouko Jääskeläisen vastauksessaan esille nostama seikka kiinnitti huomioni: ” [r]ikosoikeusjärjestelmässä käytettävät tilastolliset keskiarvot ovat johtaneet siihen, että lapsen seksuaaliseen hyväksikäyttöön liittyvissä tapauksissa käytetään yleensä rangaistusasteikon alinta neljännestä (tai viidennestä).” Tämä seikka alleviivautuu myös Marianne Wagner-Prennerin vas-tauksessa, kun häneltä kysyttiin miksi näistä rikoksista saatavat tuomiot ovat yleisesti ottaen rangaistusasteikon alalaidasta. Wagner-Prenner painotti sitä, kuinka tuomioistuimet ovat sidottuja rikoslain 6 ja 7 luvun mittaamisperusteisiin. Lisäksi hän otti esille sen, että Korkein oikeus ja hovioikeudet ohjaavat oikeuskäytäntöä eli eri rikoksille on löydettävissä niin sanottu vakiintunut ran-gaistuskäytäntö, jonka noudattaminen takaa yhdenvertaisuusperiaatteen toteu-tumisen. Tuomioistuimet ovat kaikkiin näihin seikkoihin sidottuja[185].

Kansanedustajien vastauksista kävi ilmi myös kummeksunta koventamis-perusteiden osalta. Yhtenä ongelmana nähtiin se, että rangaistusten mittaami-sessa ei välttämättä oteta huomioon uhrin erityisen nuorta ikää. Rikoslain 6 luvun 5 §:n (13.6.2003/515) mukaan rangaistuksen koventamisperusteita ovat rikollisen

[185] Wagner-Prenner (2015).

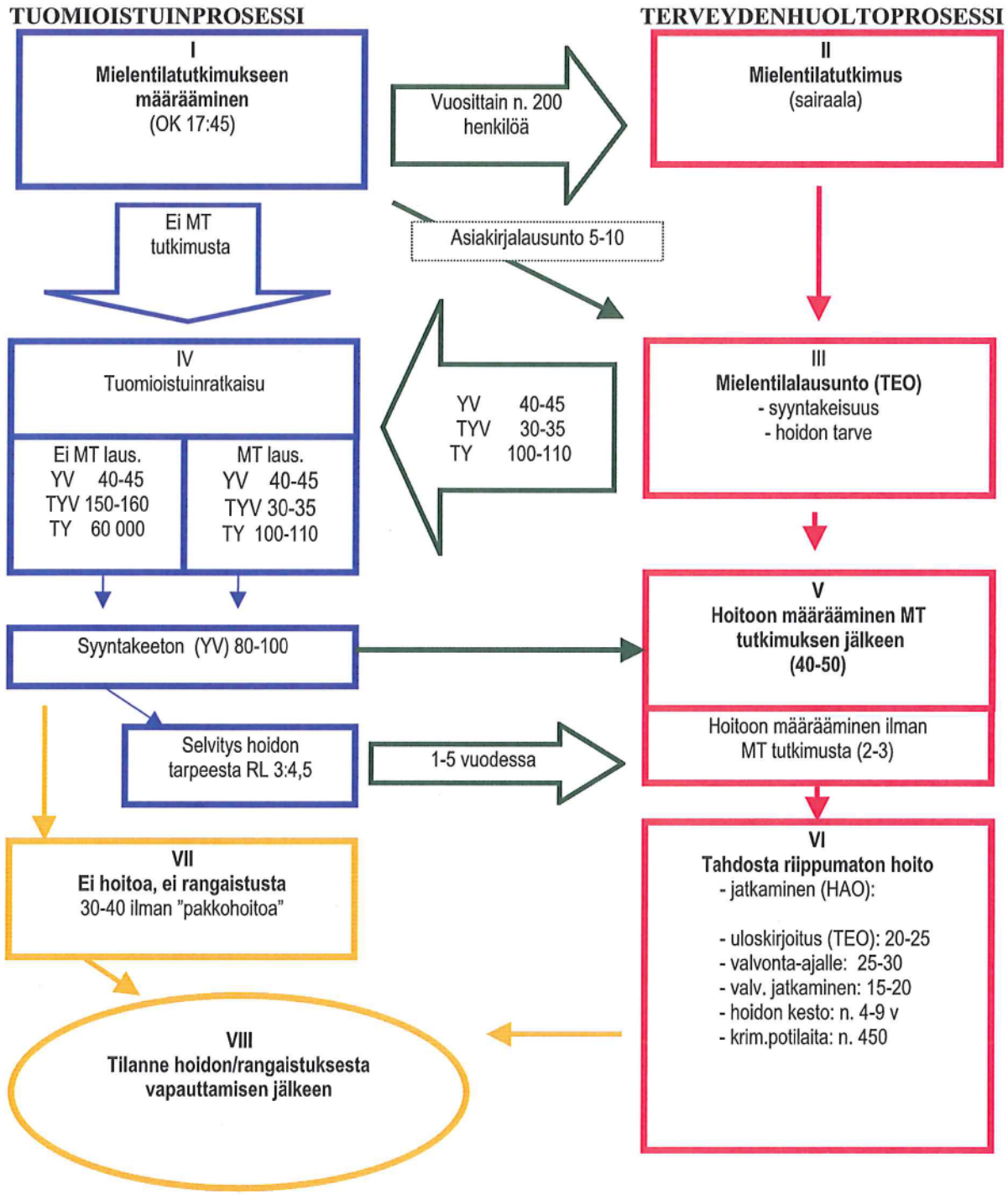
toiminnan suunnitelmallisuus, rikoksen tekeminen vakavien rikosten tekemistä varten järjestäytyneen ryhmän jäsenenä, rikoksen tekeminen palkkiota vastaan, rikoksen tekeminen rotuun, ihonväriin, syntyperään, kansalliseen tai etniseen alkuperään, uskontoon tai vakaumukseen, seksuaaliseen suuntautumiseen tai vammaisuuteen perustuvasta vaikuttimesta taikka niihin rinnastettavasta muusta vaikuttimesta ja tekijän aikaisempi rikollisuus, jos sen ja uuden rikoksen suhde rikosten samankaltaisuuden johdosta tai muuten osoittaa tekijässä ilmeistä piittaamattomuutta lain kielloista ja käskyistä. Koventamisperusteissa ei uhrin asemaa ole otettu muutoin huomioon kuin tiettyjen syrjimisperusteiden osalta. Uhrin ikää ei koventamisperusteena oteta huomioon.

Tekemäni kyselyn perusteella voin todeta, että kansalaiset vertaavat usein lapseen kohdistuvista seksuaalirikoksista saatavia rangaistuksia esimerkiksi omaisuus-rikoksista saataviin rangaistuksiin. Kun lapseen kohdistuvat seksuaalirikokset suhteutetaan rikoksiin, joissa kyseessä on raha tai muunlainen omaisuus, ei tämä epäsuhde noudata kansalaisten oikeustajua. Yleisesti katsotaan, että lapsen terveyden ja seksuaalisen itsemääräämisoikeuden tulisi olla merkittävästi arvokkaampia kuin omaisuuden, johon kohdistuneet vahingot voidaan yleensä vielä vakuutuksella kattaa. Kansanedustaja Jouko Jääskeläisen mukaan tuomioiden ankaruuden arvioinnissa tulisi keskittyä vahvemmin teon ja tekotavan arvioinnin lisäksi myös sen pitkäaikaisiin vaikutuksiin uhrin elämään ja tulevaisuuteen. Hän esittää tähän mielestäni osuvan ja ajatuksia herättävän kysymyksen: ” Anastettu omaisuus voidaan korvata vakuutuksella, mutta miten korvataan lapsen menetetty koskemattomuus ja turvataan hänen henkinen hyvinvointinsa ja kehityksensä?” Hän jatkaa vielä, että ” [s]en lisäksi, että uhriin kohdistuu häikäilemätöntä vallankäyttöä ja väkivaltaa, huomattavan lyhyet tuomiot vahvistavat vaikutelmaa siitä, että uhri ei saa riittävästi oikeutta.”

Rikoslain 6 luvun 4 §:ssä (13.6.2003/515) määritellään rangaistuksen mittaamisen yleisperiaate, jonka mukaan rangaistus on mitattava niin, että se on oikeu-denmukaisessa suhteessa rikoksen vahingollisuuteen ja vaarallisuuteen, teon vaikuttimiin sekä rikoksesta ilmenevään muuhun tekijän syyllisyyteen. Tässä

kohtaa on huomattava, että pykälän sanamuodon mukainen *oikeudenmukaisessa suhteessa* on moraalinen ilmaisu. Kuka määrittelee oikeudenmukaisuuden? Milloin rangaistus on oikeudenmukaisessa suhteessa rikoksen vahingollisuuteen ja vaarallisuuteen? Oikeudenmukaisuus määritellään yhteiskunnassa kulloinkin vallitsevan yleisen moraalin puitteissa. Oikeudenmukaisuus on siis kansalaisten moraalikäsityksen määrittelemää. Voidaan hyvin todeta, että tällä hetkellä lainsäädäntö ja sen perusteella noudatettava oikeuskäytäntö eivät vastaa yleistä moraalikäsitystä lapseen kohdistuvien seksuaalirikosten kohdalla. Lainsäädäntö ja sitä kautta muokkautunut oikeuskäytäntö ovat tältä osin vuosia jäljessä kansalaisten moraalikäsityksen mukaisesta oikeudenmukaisuudesta.

Kuvio 1. Tuomioistuinprosessi ja terveydenhoitoprosessi: mielentilatutkimusten, syyntakeisuusratkaisujen ja hoitomääräysten vuosittaiset lukumäärät



Lähde: Tapio Lappi-Seppälä 2005

YV	= Ymmärrystä vailla (syyntakeeton)
TYV	= Täyttä ymmärrystä vailla (alentuneesti syyntakeinen)
TY	=Täydessä ymmärryksessä (syyntakeinen)
MT	= Mielentila
TEO	= Terveydenhuollon oikeusturvakeskus
HAO	= Hallinto-oikeus
MTL	= Mielenterveyslaki
RL	= Rikoslaki

Ote Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistiosta 2005:20, s. 16.

Oikeuspsykiatria 2014

Oikeuspsykiatristen asioiden lautakunnassa käsitellyt mielentilalausunnot yhteensä	**110**

Tutkimuspyynnön lähettäjä	
Käräjäoikeus	102
hovioikeus	8
Korkein oikeus	0

Tutkittavat	
Mies	97
Nainen	13
Vangittu	77
Ei vangittu	33
Tutkituista alle 18-vuotias	1

Syyte	
Henkirikos	41
Muu väkivaltarikos	39
Tuhtyö	9
Seksuaalirikos	15
Omaisuusrikos	5
Muu syyte	1

Tutkimuspaikat	
Niuvanniemen sairaala	59
Vanhan Vaasan sairaala	26
OYS/Psykiatrian klinikka	5
TAYS/Oikeuspsykiatrian klinikka	3
TAYS/EVA-yksikkö	0
Psykiatrinen vankisairaala;	
Turun yksikkö	3
Vantaan yksikkö	1
Kellokosken sairaala	13

Syyntakeisuusarviot	**TL**	**LK**
Syyntakeinen	61	64
Alentuneesti syyntakeinen	11	9
Syyntakeeton	35	36
Syyntakeinen ja alentuneesti syyntakeinen	2	1
Syyntakeinen ja syyntakeeton	1	0

Vaarallisuusarviot mielentilatutkimuksen yhteydessä	5
Helsingin hovioikeuden pyytämät vaarallisuusarviot[2]	**3**

Asiakirjojen perusteella annetut lausunnot	
Mielentilalausunnot	**4**
MTL 21 §:n mukaiset hoidon tarpeen arviot	**0**

Hoitoonmääräämispäätös mielentilatutkimuksen jälkeen	
Valtion mieleisairaalaan	29
Kunnalliseen sairaalaan	0
Kehitysvammaisten erityishuoltooon	3
Yhteensä	**32**

Hoitoonmääräämispäätös ilman mielentilatutkimusta (MTL 22 §)	
Valtion mielisairaalaan	0
Kunnaliseen sairaalaan	0
Kehitysvammaisten erityishuoltoon	
Yhteensä	**0**

Hoitoonmääräämispäätös myöhemmin	
Psykiatrinen sairaalahoito	9
Kehitysvammaisten erityishuolto	2
Yhteensä	**11**

Hoidontarve päättynyt	
Psykiatrinen sairaalahoito	3
Kehitysvammaisten erityishuolto	2
Poistettu sairaalasta lopullisesti	24
Yhteensä	**29**

MTL 18 a §:n mukaiset päätökset[1]	
Päästetty valvonta-ajalle	29
Valvonta-aikaa jatkettu	77
Ei päästetty valvonta-ajalle	5
Yhteensä	**111**

Oikeuspsykiatristen asioiden lautakunnassa käsitellyt asiat yhteensä	**296**

TL= Tutkiva lääkäri LK=Lautakunta

[1] Sairaalasta poistaminen sairaanhoitopiirin toimintayksikön valvonnassa.
[2] Rikoslaki 2 C 12 §.

KYSELY – PRO GRADU -TUTKIELMA – HANNA-MAARIA SIPILÄ – LAPIN YLIOPISTO – KEVÄT 2015

RIKOSLAIN 20 LUVUN UUDISTAMISEN TARVE LAPSEEN KOHDISTUVIEN SEKSUAALIRIKOSTEN OSALTA (ERITYISESTI 6 JA 7 §:T)

1. *Katsotteko rikoslain 20 luvun 6 ja 7 §:n rangaistusasteikkojen vastaavan yleistä moraalia Suomessa (erityisesti minimirangaistuksen)? Perustele vastauksesi.*

2. *Katsotteko edellä mainittujen lainkohtien perusteella tällä hetkellä noudatettavan oikeuskäytännön vastaavan yleistä moraalia Suomessa? Perustele vastauksesi.*

3. *Tulisiko rangaistusasteikkoja muuttaa näiden rikosten kohdalla? Jos tulisi, niin miten?*

4. *Onko eduskunnassa keskusteltu/tehty toimenpiteitä lapseen kohdistuvia seksuaalirikoksia koskevan lainsäädännön muuttamiseksi? Jos on, niin miltä osin?*

Suostun nimeni julkaisemiseen tutkielmassa.

__ kyllä__ ei

HAASTATTELU-MARIANNE WAGNER-PRENNER-PRO GRADU -TUTKIELMA-HANNA-MAARIA SIPILÄ-LAPIN YLIOPISTO-KEVÄT 2015

1. Kuinka paljon tuomioistuin pyytää *lapsen seksuaalisesta hyväksikäytöstä ja törkeästä lapsen seksuaalisesta hyväksikäytöstä* syytettyjen kohdalla mielentilalausuntoja?

2. Kuinka paljon tuomioistuimet tekevät syyntakeisuusarviointia *lapsen seksuaalisesta hyväksikäytöstä ja lapsen törkeästä seksuaalisesta hyväksikäytöstä* syytettyjen kohdalla ilman mielentilalausuntoja?

3. Minkälaisissa tapauksissa mielentilalausuntoja pyydetään ja harkitaan pyydettävän edellä mainittujen rikosten kohdalla? (Vakavuusaste)

4. THL:n tilastotiedon mukaan viime vuonna Oikeuspsykiatristen asioiden lautakunnan käsiteltävänä on ollut yhteensä 110 mielentilalausuntoa. Näistä 15:ssä tutkittava on ollut syytteessä seksuaalirikoksesta. Tarkempaa tilastotietoa nimenomaan lapsiin kohdistuvista seksuaalirikoksista ei ole. Kuinka paljon arvioisit tästä määrästä olevan lapsiin kohdistuneita seksuaalirikoksia?

5. Kansanedustajille lähettämäni kyselyn ja siihen tähän mennessä saamieni vastausten mukaan tämän hetkinen lainsäädäntö edellä mainittujen rikosten osalta, ja erityisesti rangaistusasteikon minimin osalta, ei vastaa Suomessa kansalaisten yleistä moraalia. Mitä mieltä te olette rangaistusasteikosta molempien rikosten kohdalla?

6. Samaisten vastausten mukaan myöskään tällä hetkellä noudatettava oikeuskäytäntö ei vastaa Suomessa yleistä moraalia näiden rikosten

kohdalla. Miksi näistä rikoksista saatavat tuomiot ovat yleisesti ottaen rangaistusasteikon alalaidasta?

7. Mitä mieltä te olette tällä hetkellä noudatettavasta oikeuskäytännöstä ja rangaistusten toimivuudesta näiden rikosten ja rikoksentekijöiden kohdalla?

8. Kuinka te arvioisitte rangaistusten toimivuutta lapsen seksuaalisesta hyväksikäytöstä ja lapsen törkeästä seksuaalisesta hyväksikäytöstä tuomittujen kohdalla uusimisriskin vähentämisen näkökulmasta? Onko vankila heille ”oikea” paikka, joilla on diagnosoitu lapsikohteinen seksuaalihäiriö vai olisiko ”parempi”, että he saavat hoitoa jossain muualla niin, että hoidot ehditään saattamaan loppuun asti? (Viittaan tällä lähinnä tahdonvastaiseen hoitoon)

9. Käytetäänkö Suomessa lapsiin kohdistuvien seksuaalirikosten tuomioistuinkäsittelyssä asiantuntijoina psykiatreja? Jos käytetään, niin kuinka usein ja ovatko he läsnä koko prosessin ajan?