

Työ

*Rikos- ja mielenterveyslain yhteensovittaminen.
Kriminaalipotilaita koskevat säännökset*

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ

Työryhmämuistioita 2005:20

95



Rikos- ja mielenterveystlain yhteensovittaminen.

Kriminaalipotilaita koskevat säännökset



KUVAILELEHTI

Julkaisija Sosiaali- ja terveysministeriö		Julkaisun päivämäärä 1.2.2006	
Tekijät: Mielenterveyslain kriminaalipotilaita koskevat säännökset -työryhmä pj. lääkintäneuvos Sakari Lankinen, vpj. hallitusneuvos Jussi Pajunoja, sihteerit: ylilääkäri Irma Kotilainen, erikoissuunnittelija Jukka-Pekka Takala		Julkaisun laji Työryhmämuistio	
		Toimeksiantaja Sosiaali- ja terveysministeriö	
		HARE-numero ja toimitelimen asettamispäivä	
Julkaisun nimi Rikos- ja mielenterveyslain yhteensovittaminen. Kriminaalipotilaita koskevat säännökset.			
Tiivistelmä Työryhmän tehtävänä oli selvittää ja pohtia mielenterveyden häiriöistä aiheutuvien rikosten ehkäisemiseen liittyviä kysymyksiä, aihepiiriin liittyvän lainsäädännön tilaa ja muutostarpeita sekä tehdä tarvittavat esitykset ilmenneiden epäkohtien korjaamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 24.8.2004 työryhmän arvioimaan rikoksesta syytetyn ja rangaistukseen tuomitsematta jätetyn hoitoa ja tutkimista koskevien mielenterveyslain säännösten asianmukaisuuden ja sijainnin. Arvioinnin tarpeen taustalla ovat etenkin rikoslain uudistetut syyntakeisuussäädökset, joiden mukaan vakava mielenterveyden häiriö voi poistaa rikoksen tekijän syyntakeisuuden tai alentaa sitä. Mielentilansa vuoksi syyntakeettomaksi todettua ei tuomita rangaistukseen, mutta valtaosa heistä määrätään mielenterveyslain nojalla tahdosta riippumattomaan psykiatriseen sairaalahoitoon. Vaikka alaikäinen voidaan määrätä hoitoon myös vakavan mielenterveyden häiriön perusteella, aikuinen voidaan nykyisen lain mukaan määrätä vain todetun mielisairauden perusteella. Työryhmän ehdotukset: Mielenterveyslakia muutetaan siten, että rikollisen teon tehnyt syyntakeettomaksi todettu henkilö voidaan määrätä tahdosta riippumattomaan psykiatriseen hoitoon myös tiettyjen lähellä mielisairauksia olevien persoonallisuushäiriöiden perusteella. Näitä häiriöitä sairastavat henkilöt hyötyvät hoitomenetelmistä, jotka ovat lähes samoja kuin mielisairauksien hoitamiseen tarkoitettut menetelmät. Mielenterveyslakiin lisätään säädökset kriminaalipotilaita koskevasta velvoitteisesta avohoidosta. Jos velvoitteisessa avohoidossa oleva potilas ei noudata hänen kanssaan laadittua suunnitelmaa, hänet voitaisiin lähettää sairaalahoitoon ilman erillistä tarkkailulähetystä. Sairaalaan toimittamisessa voidaan käyttää poliisin virka-apua mielenterveyslain tarkennettavien säädösten mukaisesti. Työryhmän käsityksen mukaan velvoitteisen avohoidon käyttämisellä voitaisiin lyhentää kriminaalipotilaiden sairaalahoidon pituutta, vähentää uusintarikollisuutta ja psyykkisen voinnin huononemisesta aiheutuvia raskaita hoitoja sekä näiden henkilöiden kohdalla yleisesti runsasta akuuttipalveluiden käyttöä. Kriminaalipotilaiden hoidon järjestämisestä laaditaan sairaanhoitopiirikohtaiset mallit. Vankilasta vapautuvien psyykkistä hoitoa tarvitsevien hoidon varmistamiseksi laaditaan paikalliset ja alueelliset mielenterveyspalveluiden kokonaissuunnitelmat, joissa myös tämän ryhmän erityistarpeet on huomioitu.			
Asiasanat: alaikäiset, avohoito, lainsäädäntö, mielenterveyshäiriöt, psykiatrinen hoito, rikosentekijät			
Muut tiedot: www.stm.fi			
Sarjan nimi ja numero Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2005:20		ISSN 1237-0606	ISBN 952-00-1920-0 (nid.) 952-00-1921-9 (PDF)
Kokonaissivumäärä 52	Kieli Suomi	Hinta 10,80 €	Luottamuksellisuus Julkinen
Jakaja Yliopistopaino Kustannus PL 4 00014 HELSINGIN YLIOPISTO books@yliopistopaino.fi		Kustantaja Sosiaali- ja terveysministeriö	

PRESENTATIONSBLAD

Utgivare Social- och hälsovårdsministeriet		Utgivningsdatum 1.2.2006	
Författare (Uppgifter om organet: namn, ordförande, sekreterare) Sakari Lankinen, Jussi Pajunoja, Irma Kotilainen, Jukka-Pekka Takala		Typ av publikation	
		Uppdragsgivare Social- och hälsovårdsministeriet	
		Projektnummer och datum för tillsättandet av organet	
Publikationens titel Samordning av brotts- och mentalvårdslagen. Bestämmelser om kriminalpatienter.			
Referat Arbetsgruppens uppdrag var att utreda och överväga prevention av brott som beror på mentala störningar samt läget med och ändringsbehov av relaterad lagstiftning. Arbetsgruppen skulle också göra behövliga förslag för att avhjälpa uppdagade missförhållanden. Social- och hälsovårdsministeriet tillsatte den 24.8.2004 en arbetsgrupp för att utvärdera ändamålsenligheten och positionen av mentalvårdslagens bestämmelser angående vård och undersökning av personer som har åtalats för brott men som inte har dömts ut till straff. En sådan utredning behövs särskilt på grund av de förnyade tillräknelighetsbestämmelser i brottslagen som föreskriver att en allvarlig mental störning kan medföra otillräknelighet eller nedsatt tillräknelighet. En person som konstaterats vara otillräknelig på grund av sitt sinnetillstånd döms inte ut till straff. I stället meddelas majoriteten av sådana personer beslut om psykiatrisk sjukhusvård oberoende av patientens vilja. Även om en minderårig kan meddelas beslut om vård oberoende av hans eller hennes vilja på grund av en allvarlig mentalstörning, kan en vuxen enligt den gällande lagen meddelas beslut om vård oberoende av hans eller hennes vilja endast om han eller hon konstateras vara mentalsjuk. Arbetsgruppens förslag: Mentalvårdslagen ändras så att en gärningsman som har konstaterats vara otillräknelig kan meddelas beslut om psykiatrisk vård oberoende av hans eller hennes vilja också på grund av vissa mentalsjukdomen nära förknippade personlighetsstörningar. Personer som lider av sådana störningar drar nytta av vårdmetoder som är nästan likadana med de metoder som är avsedda för vård av mentalsjuka personer. Mentalvårdslagen tillfogas bestämmelser om förpliktande öppen vård avseende kriminalpatienter. Om en patient inom den förpliktande öppna vården inte efterföljer den vårdplan som har uppgjorts med patienten kan han eller hon remitteras till sjukhusvård utan separat observationsremiss. När en patient förs till sjukhuset kan polisen ge handräckning enligt preciserade bestämmelser i mentalvårdslagen. Arbetsgruppen anser att förpliktande öppen vård kan förkorta längden på sjukhusvård av kriminalpatienter, minska återfallsbrottslighet och tung vård på grund av försämrade psykiskt tillstånd samt hos vissa personer i generellt sätt minska användning av akuttjänster. Om ordnandet av kriminalpatienters vård uppgörs modeller enligt sjukvårdsdistrikt. För att vård av personer som är frisläppta från fängelse och som behöver psykisk vård kan säkerställas uppgörs på det lokala och regionala planet helhetsplaner för mentalvårdstjänster där också denna grupps särskilda behov beaktats.			
Nyckelord: gärningsman, lagstiftning, mentala störningar, minderåriga, psykiatrisk vård, öppenvård			
Övriga uppgifter www.stm.fi/svenska			
Seriens namn och nummer Social- och hälsovårdsministeriets promemorior 2005:20		ISSN 1237-0606	ISBN 952-00-1920-0 (inh.) 952-00-1921-9 (PDF)
Sidoantal 52	Språk Finska	Pris 10,80 €	Sekretessgrad Offentlig
Försäljning Helsingfors Universitetsförlaget PB 4 (Berggatan 3 A) FI-00014 HELSINGFORS UNIVERSITET books@yliopistopaino.fi		Förlag Social- och hälsovårdsministeriet 102	

DOCUMENTATION PAGE

Publisher Ministry of Social Affairs and Health, Finland		Date 1.2.2006	
Authors Sakari Lankinen, Jussi Pajunoja, Irma Kotilainen, Jukka-Pekka Takala		Type of publication Working Group Memorandum	
		Commissioned by Ministry of Social Affairs and Health	
		Date of appointing the organ	
Title of publication Consolidation of the Penal Code and the Mental Health Act. Provisions on criminal patients.			
Summary The working group's tasks were to examine and consider issues regarding prevention of crimes due to mental disturbance as well as the state of and needs to reform the related legislation. The working group was also to come up with proposals for amending any discovered defects. On 24 August 2004, the Ministry of Social Affairs and Health set up a working group to review the relevancy and location of the provisions in the Mental Health Act concerning the treatment and examination of persons who have been accused of an offence but whose punishment has been waived. A particular underlying reason for the review was the revised provisions in the Penal Code regarding criminal responsibility. According to the revised Penal Code, mental disturbance can remove the offender's criminal responsibility or diminish it. A person who is declared criminally irresponsible cannot be sentenced to punishment. Instead the majority of such offenders are ordered to treatment in a psychiatric hospital against their will. Although a minor can be ordered to treatment also on the grounds of a serious mental disturbance, the existing legislation prescribes that an adult can be ordered to treatment only if he or she is diagnosed as mentally ill. The working group proposes the following: The Mental Health Act will be revised so that a person who has committed an offence and who has been declared criminally irresponsible can be ordered to psychiatric treatment against his or her will also on the grounds of certain personality disorders that are closely linked to mental illness. Persons suffering from these disorders can benefit from the treatment methods that are almost similar to those used in the treatment of mental illness. Provisions on compulsory community treatment of criminal patients are added to the Mental Health Act. If a compulsory community treatment patient does not follow the plan compiled in cooperation with him or her, he or she can be hospitalised without a separate referral for observation. In transporting the patient to the hospital, executive assistance of the police can be requested in accordance with revised provisions in the Mental Health Act. The working group views that the use of compulsory community treatment would diminish the length of hospitalisation of criminal patients, decrease recidivism and reduce heavy treatment due to deteriorating mental health as well as the use of emergency services that is very common among criminal patients. Models for organising the treatment of criminal patients will be carried out separately for each hospital district. In order to ensure the treatment of persons who are released from prison and who need mental treatment, collective plans for mental health services will be carried out both at local and regional level. These plans will take into account the special needs of this group of people.			
Key words: legislation, mental disorders, minors, offenders, outpatient care, psychiatric treatment			
Other information: www.stm.fi/english			
Title and number of series Working Group Memorandums of the Ministry of Social Affairs and Health 2005:20		ISSN 1237-0606	ISBN 952-00-1920-0 (print) 952-00-1921-9 (PDF)
Number of pages: 52	Language: Finnish	Price: 10,80€	Publicity: Public
Orders Helsinki University Press PO Box 4 (Vuorikatu 3 A) FI-00014 HELSINKI UNIVERSITY, FINLAND Fax +358 9 7010 2374 Tel +358 9 7010 2363 books@yliopistopaino.fi www.yliopistopaino.fi/bookstore		Financier Ministry of Social Affairs and Health 103	

Sosiaali- ja terveysministeriölle

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 24.8.2004 työryhmän arvioimaan rikoksesta syytetyn ja rangaistukseen tuomitsematta jätetyn hoitoa ja tutkimista koskevien mielenterveyslain säännösten asianmukaisuuden ja sijainnin. Työryhmä on kokoontunut yhdeksän kertaa ja järjestänyt yhden kokopäivän kuulemis- ja keskustelutilaisuuden.

Saatuaan työnsä suoritetuksi työryhmä kunnioittavasti luovuttaa mietintönsä sosiaali- ja terveysministeriölle.

Helsingissä 1. päivänä helmikuuta 2006

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

Jukka-Pekka Takala

Sisältö

Tiivistelmä.....	3
Referat.....	5
Summary.....	7
Sosiaali- ja terveysministeriölle	9
Sisältö	11
1 Taustaa.....	13
2 Työryhmän tehtävät	15
3 Syyntakeettomat rikosoikeusprosessissa ja mielenterveysjärjestelmässä	15
4 Vakavan mielenterveyden häiriön käsite.....	19
5 Vakavien mielenterveyden häiriöiden hoidon ja kuntoutuksen puutteet.....	21
6 Rikosten ehkäisemiseen liittyviä kysymyksiä mielenterveyden häiriöistä kärsivien kohdalla	22
7 Kriminaalipotilaiden hoidon ja kuntoutuksen toteutuminen	23
Kriminaalipotilaiden määrät ja hoitoajat.....	23
Diagnoosit ja hoitovalmiudet	24
Hoito ja uusintarikollisuus sairaalasta poistamisen jälkeen	24
8 Vankien psykiatrisen hoidon ja vapautumisen jälkeisen jatkohoidon toteutuminen.....	26
9 Vankien psykososiaalinen kuntoutus ja sen jatkuminen vankilasta vapautumisen jälkeen	27
10 Mielenterveyslain kriminaalipotilaita koskevan lainsäädännön ongelmia	29
Kysymys vakavasta mielenterveyden häiriöstä tahdosta riippumattoman hoidon perusteena.....	29
Valvonta-ajan säätelyn ongelmat	29
Hoitomääräyksen ja tuomioistuimen määräämän rangaistuksen yhteensovittaminen.....	29
Hoitomääräyksen alistaminen ja hallinto-oikeuksien vaihteleva käytäntö	30
Tulkinta- ja sovellusohjeiden tarve	30
11 Työryhmän pohtimia eri vaihtoehtoja	31
12 Työryhmän ehdotukset.....	33
Täydentävä lausuma	35
Lähteitä	39
Liitteet	41
Liite 1. Kriminaalipotilaita koskeva lainsäädäntö ja käytännöt Euroopassa	42
Tanska	43
Norja.....	43
Islanti.....	44
Englanti ja Wales	44
Hollanti.....	45
Saksa	45
Belgia	46

Luxemburg.....	46
Itävalta.....	46
Irlanti.....	47
Ranska.....	47
Italia.....	47
Portugali.....	47
Espanja.....	48
Kreikka.....	48
Liite 2 Kriminaalipotilaat 9.11.2005 ja vuonna 2005 loppuneet kriminaali- potilaiden hoidot.....	49
Liite 3 Kriminaalipotilaiden määrät ja hoitoajat vuosina 1995 – 2005 Niuvanniemen sairaalassa	50

1 Taustaa

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 24.8.2004 työryhmän arvioimaan rikoksesta syytetyn ja rangaistukseen tuomitsematta jätetyn hoitoa ja tutkimista koskevien mielenterveyslain säännösten asianmukaisuuden ja sijainnin. Arvioinnin tarpeen taustalla on rikoslain muutos (515/2003) ja siinä erityisesti syyntakeettomuuden perusteita koskevan säädöksen muutos. Uuden lain 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” (RL 3:4 2 mom). Aiemmin vastaava kohta kuului: ”Mielipuolen teko, taikka semmoisen, joka ikäheikkouden tahi muun samanlaisen syyn takia on ymmärrystä vailla, jääkään rankaisematta. Jos joku on joutunut sellaiseen satunnaiseen mielenhäiriöön, ettei hän ole tunnossaan, jääkään teko, jonka hän tässä tunnottomassa tilassa tekee, niin ikään rankaisematta.”

Lähes kaikki mielentilansa perusteella syyntakeettomiksi arvioiduista ja rangaistukseen tuomitsematta jätetyistä vakavista rikoksista syytetyistä määrätään psykiatriseen hoitoon tahdostaan riippumatta. Nämä ratkaisut eivät kuitenkaan perustu rikoslakiin vaan niistä on säädökset mielenterveyslaissa.

Rikoslain syyntakeisuussäädöksen muuttuessa ajankohtaistui kysymys myös vastaavien terveydenhuollon säädösten asianmukaisuudesta.

Rikoslain ja mielentilansa vuoksi syyntakeettomiksi todettujen syytettyjen hoitoa ja käsittelyä koskevien säädösten luonnetta ja sijaintia lainsäädännössä on sivuttu useaan otteeseen sekä rikoslain että mielenterveyslainsäädösten uudistamisessa viime vuosikymmeninä. Rikosoikeuden kokonaisuudistusta hahmottanut rikosoikeuskomitean mietintö (1976) katsoi, että tuomioistuimen tehtävänä ei ole päättää syyntakeettomaksi todettuun kohdistettavista seuraamuksista, vaan asia olisi edelleen hoidettava ensisijaisesti lääkintäoikeudellisin lainsäädäntötoimin. Kun mielenterveyslakia uudistettiin perusteellisesti 1980-luvulla, ei mielentilatutkimuksia ja syyntakeettomana tuomitsematta jätetyn syyntakeettoman käsittelyä koskevia säädöksiä kuitenkaan ehdotettu uudistettavaksi. Nykyisiä mielenterveyslain säädöksiä viimeistellyt sosiaali- ja terveysministeriön työryhmä rajasi työnsä siten, että oikeusministeriössä vireillä olleen rikoslain kokonaisuudistuksen yhteyteen liitettäisiin rikoksesta syytettyjen mielentilan tutkimusta koskevat säännökset, jotka tästä syystä jätettiin työryhmän lainsäädäntöehdotusten ulkopuolelle. Se katsoi, että voimassa olleen mielisairaslain säännökset rikoksista syytetyn mielentilatutkimuksesta tulisi jättää toistaiseksi voimaan. (STM 1988, s. 3) Mielentilatutkimusta ja kriminaalipotilaita koskevat erityissäännökset jäivät uuteen mielenterveyslakiin vanhan lain mukaisina, samalla kun tahdosta riippumatonta hoitoa koskevat perussäädökset uudistuivat ja tulivat koskemaan myös ns. kriminaalipotilaita.

Kun mielenterveyslailla säädeltäviä kriminaalipotilaan hoidon jatkamis- ja lopettamismenettelyä uudistettiin hallituksen esityksen 226/1994 nojalla, eduskunta edellytti lausumassaan, että rikosoikeudellisten syyntakeisuussäännösten uudistamisen yhteydessä harkitaan myös kriminaalipotilaita koskevien säännösten laaja-alaista uudistamista kansainvälisten kokemusten pohjalta. Näitä kysymyksiä tarkasteltiin uudistuksen esitöissä (Rikosoikeuden yleisiä oppeja koskevat säännökset: Rikoslakiprojektin ehdotus. Oikeusministeriön lainvalmisteluosaston julkaisu 5/2000; Hallituksen esitys Eduskunnalle rikosoikeuden yleisiä oppeja koskevan lainsäädännön uudistamiseksi 44/2002 vp), joissa käsitellään erilaisia uudistamisvaihtoehtoja kansainvälisten kokemusten pohjalta. Pohditaan esimerkiksi vaihtoehtoa, jossa ratkaisu suljettuun hoitoon määräämisestä kuuluisi tuomioistuimelle. Hallituksen esityksessä päädyttiin siihen, että järjestelmän perusteita ei muutettaisi:

”Esityksen mukaan syyntakeettomaksi todetun hoitoon määräämisestä päättäisivät edelleenkin lääkintäviranomaiset ja viime kädessä Terveydenhuollon oikeusturvakeskus. Hoidon jatkamista koskeva päätös on alistettava hallinto-oikeudelle, kun taas lopettamisesta voi päättää Terveydenhuollon

oikeusturvakeskus. Vaikka järjestelmä, jossa yleiset tuomioistuimet on suljettu pois päätöksenteosta, on kansainvälisesti harvinainen, ei sen toiminnassa ole havaittu olennaisia puutteita. Ongelmat ovat lähinnä mielikuvien tasolla. Joka tapauksessa tuomioistuinten osallistuminen esimerkiksi hoidon pituudesta päättämiseen vaatisi muutoksia hoitoperusteisiin sekä nykyisen mielenterveyslain tarkistamista. Näiden muutosten valmistelun ei ole katsottu kuuluvan rikoslain kokonaisuudistukseen. Näillä perusteilla ehdotuksessa on päätetty säilyttää nykyinen järjestelmä sellaisenaan."

Eduskunta edellytti hallituksen esitykseen (HE 44/2002) rikosoikeuden yleisiä oppeja koskevan lainsäädännön uudistamiseksi antamassaan vastauksessa (EV 261/2002 vp), että hallitus varmistaa ennen lain voimaantuloa, että rikoslain ja mielenterveyslain säännökset mahdollistavat vaarallisten syyntakeettomana rangaistukseen tuomitsematta jätettyjen henkilöiden tahdosta riippumattoman hoidon. Aihepiiriin liittyy myös osana sisäasiainministeriön koordinoimaa sisäisen turvallisuuden ohjelman valmistelua esillä ollut tuetun avohoitomahdollisuuden käyttö psyykkisesti sairaiden väkivaltarikollisten hoidossa.

2 Työryhmän tehtävät

1. Selvitellä ja pohtia mielenterveyden häiriöistä aiheutuvien rikosten ehkäisemiseen liittyviä kysymyksiä.
2. Arvioida rikoksesta syytetyn ja rangaistukseen tuomitsematta jätetyn tutkimista ja hoitoa koskevien mielenterveyslain säännösten asianmukaisuus ja sijainti
3. Arvioida rikoslain 3 luvun 4 §:n 2 momentin vaikutuksia rangaistus- ja hoitojärjestelmän kannalta.
4. Selvittää vakavien mielenterveyden häiriöiden hoidon ja kuntoutuksen puutteita, niiden syitä sekä mahdollisia yhteistyöongelmia siltä osin kuin selvittämisellä voi olla merkitystä rikoslain soveltamisen kannalta.
5. Kartoittaa vankien psykiatrisen hoidon ja kuntoutuksen toteutumisen, hoidon jatkuvuuden sekä vankeinhoitolaitoksen ja kuntien yhteistyön ongelmia.
6. Arvioida tuetun tai velvoitteellisen avohoidon käytön edellytyksiä psyykkisesti sairaiden väkivaltarikollisten hoidossa.
7. Tehdä tarvittavat esitykset ilmenneiden epäkohtien korjaamiseksi.

Työryhmän jäseninä ovat toimineet lääkintöneuvos Sakari Lankinen sosiaali- ja terveysministeriöstä (puheenjohtaja), hallitusneuvos Jussi Pajuoja oikeusministeriön kriminaalipoliittiselta osastolta (varapuheenjohtaja), valtiosyyttäjä Päivi Hirvelä Valtakunnansyyttäjävirstosta, lääkintöneuvos Eira Hellbom Terveystieteiden tutkimuskeskuksesta, ylilääkäri Timo Tuori Stakesista, johtaja Tapio Lappi-Seppälä Oikeuspoliittisesta tutkimuslaitoksesta, lääninlääkäri Pirkko Valtola Itä-Suomen lääninhallituksesta, oikeuspsykiatrian professori Jari Tiihonen Kuopion yliopistosta, johtava lääkäri Markku Eronen Vanhan Vaasan sairaalasta, johtava lääkäri Eila Tiihonen Niuvanniemen sairaalasta, ylilääkäri Hannu Lauerma Vankimielisairaalasta, sosiaali- ja terveystoimen päällikkö Tuula Taskula Kuntaliitosta, osaston ylilääkäri Hanna Putkonen Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Hesperian sairaalasta ja toiminnanjohtaja Jukka Mäki Kriminaalihuollon tukisäätiöstä. Työryhmän sihteereinä ovat toimineet ylilääkäri Irma Kotilainen Terveystieteiden tutkimuskeskuksesta ja erikoissuunnittelija Jukka-Pekka Takala oikeusministeriöstä.

Työryhmän työskentely: Työryhmän jäsenet alustivat aihepiiriin liittyvistä asioista aihealueittain. Työryhmä järjesti myös 10.5.2005 kuulemis- ja keskustelutilaisuuden ja sai käyttöönsä pyydettyjä kommentteja.

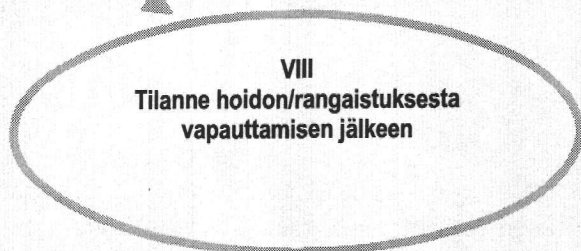
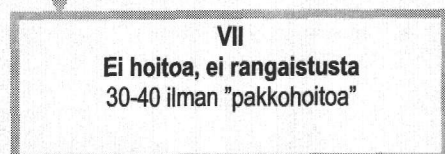
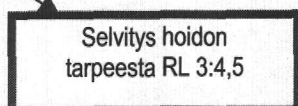
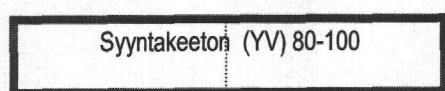
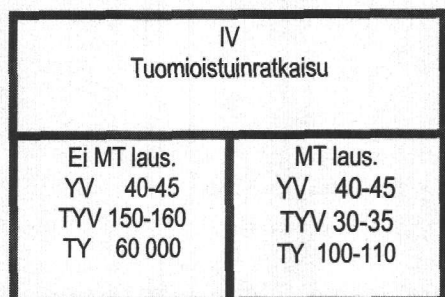
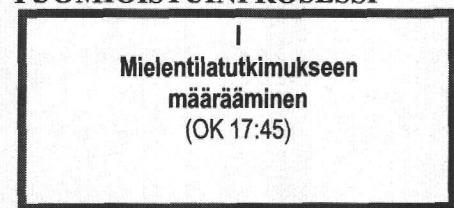
3 Syyntakeettomat rikosoikeusprosessissa ja mielenterveysjärjestelmässä

Työryhmän tehtävät liittyvät syyntakeisuuden arviointiin ja syyntakeettomien rikoksesta syytettyjen käsittelyyn sekä rikosoikeuden että terveydenhuollon piirissä.

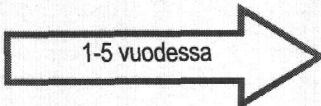
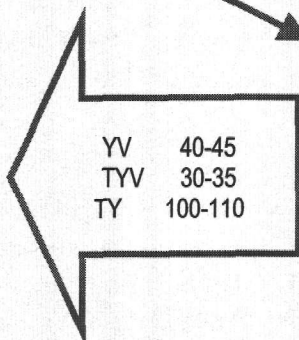
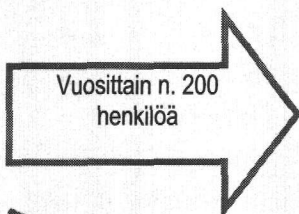
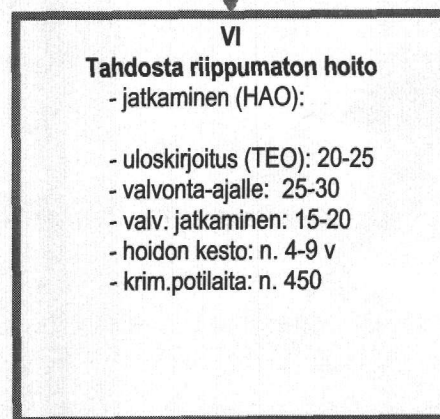
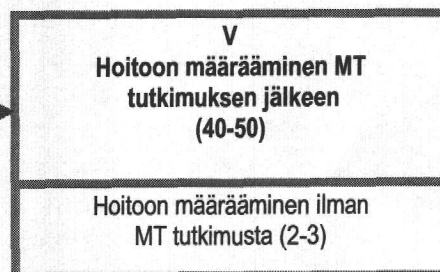
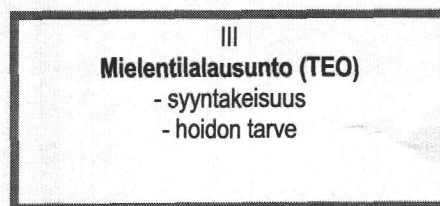
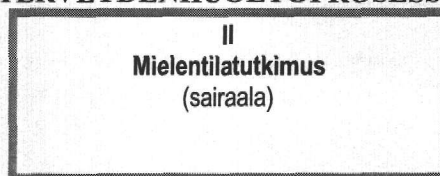
Kuvio 1 esittää näiden prosessien nykyiset peruspiirteet. Kuvio on Tapio Lappi-Seppälän laatima. Kuvio ja tekstin tiedot perustuvat pääosin Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen kokoamaan aineistoon. Kuvion vasemmalla puolen kuvataan rikosprosessin tapahtumia ja ratkaisuja tuomioistuimissa, oikealla taas samoihin henkilöihin liittyviä tapahtumia ja ratkaisuja terveydenhuollossa. Nuolet osoittavat tapausten siirtymistä vaiheesta toiseen. Lähtökohtana ovat tuomioistuimen käsittelyyn tulevat rikokset. Esitetyt lukumäärät ovat jossain määrin summittaisia arvioita, sillä tämän rikosoikeuden ja terveydenhuollon rajamaille sijoittuvan kentän tapahtumista saatavilla olevat tiedot ovat monilta osin puutteellisia.

Kuvio 1. Tuomioistuinprosessi ja terveydenhoitoprosessi: mielentilatutkimusten, syntyakeisuusratkaisujen ja hoitomää-
räysten vuosittaiset lukumäärät

TUOMIOISTUINPROSESSI



TERVEYDENHUOLTOPROSESSI



Lähde: Tapio Lappi-Seppälä 2005

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

I Ensimmäinen harkintavaihe koskee mielentilalausunnon pyytämistä. Tuomioistuin voi 1) määrätä tekijän mielentilatutkimukseen OK 17:45:n nojalla, mutta 2) se voi myös pyytää tuomitusta mielentilalausunnon pelkästään asiakirjojen nojalla. Jos tuomioistuimella on jo käytössään riittävästi materiaalia syyntakeisuutta koskevan päätöksen tekemiseksi, se voi myös 3) jättää mielentilalausunnon kokonaan pyytämättä ja tehdä päätöksensä esimerkiksi syytetystä aikaisemmin tehdyn mielentilatutkimuksen nojalla.

Mielentilatutkimusta koskevien pyyntöjen määrää ei tilastoida erikseen. Lukumäärä on pääteltävissä vuosittain annetuista mielentilalausunnoista, joita on viime aikoina ollut hieman alle 200 vuodessa. Mielentilatutkimuksia tehdään yleensä vain vakavissa rikosjutuissa. Syytetty voidaan määrätä vastoin tahtoaan mielentilatutkimukseen vain, jos häntä pidetään vangittuna tai jos rikoksesta, josta häntä syytetään, voi seurata ankarampi rangaistus kuin yksi vuosi vankeutta. Suurin osa mielentilatutkittavista tulee tutkimukseen vankilasta käsin; vuosina 2003-2004 vankilasta tuli 75 % ja vapaalta jalalta 25 % (TEO:n vuosikertomukset.). Asiakirjojen perusteella pyydettyjä lausuntoja on vuosittain alle 10. Verrattuna tuomioistuinten käsittelemiin kymmeniin tuhansiin rikosasioihin mielentilalausuntoja pyydetään hyvin harvoin, alle puolessa prosentissa tapauksista. Sen sijaan pyynnöt ovat suhteellisen yleisiä eräissä vakavissa rikoksissa, kuten henkirikoksissa ja tuhotöissä.

II Mielentilatutkimukseen määrätty otetaan tutkimuksen suorittamista varten TEO:n osoittamaan tutkimussairaalaan (MTL 15 §). Tutkimukselle on varattu normaalisti aikaa korkeintaan kaksi kuukautta, jonka jälkeen lääkärin laatima mielentilatutkimus toimitetaan lausunnolle TEO:oon.

III Terveysturvakeskus antaa tutkimuksesta sekä tutkittavan mielentilasta oman lausuntonsa. Samassa yhteydessä arvioidaan tutkittavan hoidon tarve. Jos syytetyn katsotaan mielentilatutkimuksen päättyessä olevan tahdosta riippumattoman hoidon tarpeessa, hänet määrätään tässä samassa yhteydessä hoitoon, joka alkaa välittömästi. Jos syytetty ei ole tahdosta riippumattoman hoidon tarpeessa, häntä ei enää voida pitää sairaalassa vastoin tahtoaan (MTL 18 §) – suurin osa tällaisista tutkittavista kuitenkin palautetaan tutkintavankeuteen. Vuosittain annettujen mielentilalausuntojen lukumäärä on viime aikoina ollut 170-190. Viime vuosina tutkittavista on katsottu syyntakeisiksi runsaat puolet; syyntakeettomia ja alentuneesti syyntakeisia on ollut noin viidennes kumpaakin ryhmää. (TEO:n vuosikertomukset)

IV Mielentilalausunnon saatuaan (tai otettuaan jutun ratkaistavaksi ilman lausuntoa) tuomioistuin tekee asiassa oman ratkaisunsa. Yli 99,5 prosentissa kaikista tuomioistuimissa ratkaistuista rikospauksista tekijä todetaan tekohetkellä täysin syyntakeiseksi; alentuneesti syyntakeisiksi todetaan noin 0,3 % ja kokonaan syyntakeettomiksi noin 0,1 %. Teon hetkellä syyntakeettomaksi todettu syytetty jätetään rangaistukseen tuomitsematta. Alentuneesti syyntakeinen tuomitaan periaatteessa alennettuun rangaistukseen; alentunut syyntakeisuus ei kuitenkaan vuonna 2004 voimaan tulleen rikoslain muutoksen mukaan enää vaikuta käytettävissä olevaan enimmäisrangaistukseen.

Jos syytetty todetaan syyntakeettomaksi ilman tähän asiaan liittyvää mielentilatutkimusta, tuomioistuin voi pyytää TEO:lta vielä selvityksen rangaistukseen tuomitsematta jätetyn hoidon tarpeesta. Tällaisia hoitotarpeen arvioita pyydetään vuosittain pari kolme. Samalla tuomioistuin voi määrätä henkilön säilytettäväksi vankilassa, kunnes TEO:n päätös asiassa on annettu. TEO voi vastaavasti määrätä tekijän 30 päiväksi sairaalaan tutkittavaksi (MTL 21 §). Tuomioistuimissa vuosittain syyntakeettomiksi tai alentuneesti syyntakeisiksi katsottujen rikosentekijöiden määrä ja heille syyksiluetut rikokset ilmenevät oikeustilastollisesta vuosikirjasta. Tilasto ei kerro, keistä on pyydetty mielentilalausunto ja mikä osa tuomitsematta jätetyistä on määrätty hoitoon.

V Jos edellytykset rikoksesta syytetyn määräämiseen hoitoon hänen tahdostaan riippumatta ovat olemassa, kun mielentilatutkimus on toimitettu (yllä III, MTL 17 §), taikka jos tällainen hoidon tarve tulee todetuksi tuomitsematta jättämisen jälkeen (yllä IV, MTL 22 §), Terveysturvakeskus määrää henkilön hoitoon.

Mielenterveyslain (8 §) mukaan henkilö voidaan määrätä tahdostaan riippumatta psykiatriseen sairaalahoitoon vain, jos kolme ehtoa täyttyy: 1) hänen todetaan olevan mielisairas; 2) hän on mielisairautensa vuoksi hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan taikka muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta; 3) jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäväksi tai ovat riittämättömiä.

Saman MTL:n pykälän (8 §) mukaan alaikäinen voidaan kuitenkin määrätä tahdostaan riippumatta psykiatriseen sairaalahoitoon myös, jos hän on vakavan mielenterveydenhäiriön vuoksi hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen sairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan taikka muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta ja jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäväksi.

Mielentilatutkimuksessa syyntakeettomiksi todetut määrätään yleensä tahdosta riippumattomaan hoitoon; poikkeukset ovat harvinaisia. Hoitoon määrättyjen lukumäärä seuraa siten mielentilatutkimuksissa syyntakeettomiksi katsottujen lukumäärää. Heitä on vuosittain 40-45.

Tuomioistuimen syyntakeettomana rangaistukseen tuomitsematta jättämää ja Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tahdosta riippumattomaan psykiatriseen sairaalahoitoon määräämää potilasta on vakiintuneesti kutsuttu *kriminaalipotilaaksi*, vaikka lainsäädännössä ei kyseistä termiä ole nimenomaisesti määriteltykään. Kriminaalipotilaaksi on kutsuttu myös tuomioistuimen mielentilatutkimukseen määräämää ja Terveystieteiden tutkimuskeskuksen hoitoon määräämää syytettyä siihen asti kuin asia on käsitelty tuomioistuimessa. Asianmukaisempi termi saattaisi olla ”oikeuspsykiatrinen potilas” (muun muassa koska vasta tuomioistuin ratkaisee, onko vastaaja tehnyt syytteessä mainitun kriminalisoidun teon), mutta työryhmä päätyi tässä muistiossa käyttämään kriminaalipotilas-termiä tarkoittamaan yllä olevan määritelmän edellytykset täyttävää henkilöä.

VI Hoitoon määrätyn hoidon tarve tulee arvioida kuuden kuukauden välein. Hoidon jatkamista tai lopettamista koskevan päätöksen tekee sairaalan psykiatrisesta hoidosta vastaava ylilääkäri. Jatkamista koskeva päätös on kuitenkin alistettava hallinto-oikeuden vahvistettavaksi, joka voi jättää sen myös vahvistamatta. Hoidon lopettamista koskeva päätös on taas alistettava terveystieteiden tutkimuskeskuksen vahvistettavaksi. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen on joko vahvistettava hoidon lopettamista koskeva päätös tai, jos edellytykset hoitoon määräämiselle potilaan tahdosta riippumatta ovat olemassa, määrättävä potilas hoitoon. (MTL 17 §)

Tahdosta riippumattomassa hoidossa oleva voidaan joko vapauttaa suoraan tai päästää valvonnasta avohoitoon (MTL 18 a §). TEO:n vuosittain tekemät ratkaisut näkyvät TEO:n vuosikertomuksesta. Vuosina 2004 ja 2005 kriminaalipotilaita on ollut 420-430 (tarkemmin jäljempänä jaksossa).

VII Vain osa tuomioistuimessa syyntakeettomiksi todetuista määrätään tahdosta riippumattomaan hoitoon. Hoitoon määräämättä jääneet eivät yleensä ole olleet mielentilatutkimuksessa ainakaan kyseisen rikoksen yhteydessä. Hoitoon määräämättä jääneitä koskevien tietojen kerääminen edellyttää erillisselvityksiä. Alustavien arvioiden mukaan ryhmän koko vaihtelee vuosittain 30-40 välillä. Samoin alustavien arvioiden mukaan ne rikokset, joista hoitoon määräämättä jätetyt syyntakeettomat ovat olleet syytteessä, ovat yleensä selvästi lievempiä kuin hoitoon määrättyjen.

VIII Hoidon (tai hoitamatta jättämisen) jälkeisestä tilanteesta on muutamia valikoiduilla aineistoilla toteutettuja seurantatutkimuksia. Vertailukelpoinen tieto suhteessa esim. yleiseen rangaistuksen jälkeiseen uusimiseen puuttuu (Kriminaalipotilaiden määrä ja hoitoajat).

4 Vakavan mielenterveyden häiriön käsite

Rikoslain 3. luvun 4 § 1.1.2004 voimaan tullut uusi muoto toi rikoslain tekstiin vakavan mielenterveyden häiriön käsitteen: ”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”. Mielenterveyslain 8 §:n mukaan aikuinen henkilö voidaan määrätä tahdostaan riippumatta psykiatriseen sairaalahoitoon vain jos hänen todetaan olevan mielisairas. Alaikäinen voidaan määrätä hoitoon myös, jos hän on vakavan mielenterveydenhäiriön vuoksi hoidon tarpeessa (ja muut vaaditut edellytykset täyttyvät). Useissa muissa maissa tahdosta riippumaton psykiatrinen hoito ei edellytä välttämättä mielisairautta, vaan myös vakava mielenterveyden häiriö riittää, kun eräät muut ehdot samalla täyttyvät.

On herännyt kysymys, mahdollistaako rikoslain uusi muotoilu aikaisempaa suuremman sellaisen joukon määrittämisen syyntakeettomiksi, joita ei voida määrätä tahdostaan riippumatta psykiatriseen hoitoon. Pulmia syntyy etenkin tilanteissa, joissa syyntakeisuuskriteerit johtavat vastuuvapautteen, hoidon kriteerit eivät mahdollista hoitoon määräämistä ja vaarallisuusarviointiin liittyvät perusteet indikoivat riskiä tekijän tai toisten hengelle ja/tai terveydelle.

Nämä eivät välttämättä ole uusia ongelmia, sillä rikosoikeudellinen syyntakeettomuus ei ole ennen vuoden 2004 lainmuutostakaan edellyttänyt mielisairauden asteista tilaa. Etenkin vanhan lain mukaiset mahdolliset syyntakeettomuusperusteet ”muu samanlainen syy” ja ”satunnainen mielenterveyden häiriö” ovat laajempia kuin mielisairaus. Ne lienevät myös epämääräisempiä kuin uuden lain peruste ”vakava mielenterveyden häiriö” (Lappi-Seppälä 2005). Poikkeustapauksissa vaikeasti persoonallisuushäiriöiset (ml. psykoosi- ja persoonallisuudet) on voitu katsoa ymmärrystä vailla oleviksi. Sen sijaan pelkästään persoonallisuushäiriöt eivät ole riittäneet tahdosta riippumattoman hoidon lääketieteelliseksi perusteeksi, vaan silloin kun persoonallisuushäiriöstä kärsivä henkilö on määrätty hoitoon, hänellä on todettu myös mielisairaus. Mielisairaudella tarkoitetaan psykoosia eli vakavaa mielenterveyden häiriötä, jossa todellisuudentaju on selvästi häiriintynyt. Tämän kriteerin soveltaminen on tosin aiheuttanut rajankäyntiä. Esimerkiksi korkein hallinto-oikeus katsoi ennakkopäätöksessään 2002:70 vastoin TEO:n kantaa, että tahdosta riippumattomassa hoidossa olleen henkilön sairastamaan vakavaan mielenterveyden häiriöön ei ollut näytetty liittyneen sellaista selvää todellisuudentajun häiriötä, jota voidaan pitää psykoosina. KHO:n päätöksen mukaan TEO:n olisi siten pitänyt vahvistaa sairaalan päätös hoidon lopettamiseksi.

Se, tulisiko mielisairautta lievemmistä vakavista mielenterveyden häiriöistä kärsivien tahdosta riippumattoman hoidon mahdollisuutta lisätä nykyisestä, vaatii erillisen arvion. Tämän vuoksi työryhmä tarkasteli vakavien mielenterveyden häiriöiden luonnetta ja hoitomahdollisuuksia.

Rikoslain syyntakeettomuussäädöksen uudistuksen esitöissä viitataan mielenterveyslain tapaan ymmärtää mielisairaus, jolloin sen merkitys rajoittuu tyypillisesti psykoottisluonteisiin tiloihin. Samojen esitöiden mukaan vakavan mielenterveyden häiriö viittaa ennen kaikkea vaikeisiin rajatiloihin sekä sekavuustiloihin. (HE 44/2002 vp. s. 63/I). Rajatilalla taas ei ilmeisesti viitata mihinkään tiettyyn psykiatriseen diagnoosiin, vaan vakavuudeltaan lähellä psykoosin rajaa oleviin mielenterveyden häiriöihin. Diagnoosi ei kuitenkaan yksinään ratkaise syyntakeisuuden astetta. On myös selvitetävä tilan vaikutus tekijän ymmärryskykyyn tai hänen kykynsä säädellä käyttäytymistä. Syyntakeettomuuden perustaksi käydäkseen tuon vaikutuksen tulee ilmetä siten, että tekijä: a) ei ole ymmärtänyt teon tosiasiallista luonnetta tai b) ei ole ollut selvillä teon oikeudenvastaisuudesta taikka c) hänen kykynsä säädellä käyttäytymistään on ollut ratkaisevasti alentunut.

Psykiatrisessa terminologiassa vakava mielenterveyden häiriö on yläkäsite, joka sisältää sekä mielisairauden asteiset että mielisairautta lievemmat, mutta vakaviksi katsotut mielenterveyden häiriöt. Tahdosta riippumattoman psykiatrisen hoidon edellytyksenä aikuisilla on mielisairaus. Mielisaira-

uksina tässä mielessä pidetään psykoosiryhmän sairauksia, joissa henkilön todellisuudentaju on häiriintynyt.

Kun alle 18-vuotiaita on katsottu voitavan hoitaa tahdosta riippumatta myös lievempien psykiatristen häiriöiden perusteella kuin aikuisia, taustalla on muun muassa vakavan mielenterveyden häiriön mahdollinen haitallinen vaikutus nuoren kasvuun ja kehitykseen. Nuorten kohdalla häiriöitä, joiden on katsottu voivan olla MTL:n 8 § 2 momentin tarkoittamia vakavia mielenterveydenhäiriöitä, ovat mm. mielialahäiriöt, syömishäiriöt, ahdistuneisuushäiriöt, päihderiippuvuudet ja käytöshäiriöt (STM 2003a)

Aikuisten kohdalla Suomessa ei luonnollisesti ole olemassa vastaavaa sellaisten mielisairautta lievempien vakavien mielenterveyden häiriöiden luetteloa, joiden olisi katsottu täyttävän tahdosta riippumattoman psykiatrisen sairaalahoidon vaatimusten ensimmäisen kohdan, koska tuo kohta edellyttää mielisairautta. Työryhmän katsoi kuitenkin yhtenä tehtävänään olevan pohtia, olisiko kriteerejä laajennettava yleensä tai kriminaalipotilaiden kohdalla ja millaiset vakavat mielenterveyden häiriöt tällöin voisivat tulla kysymykseen.

5 Vakavien mielenterveyden häiriöiden hoidon ja kuntoutuksen puutteet

Työryhmä kävi läpi asian tiimoilta aiemmin tehtyjä selvityksiä ja pohti asiaa omien käytännön työstä saamiensa kokemusten perusteella.

Sosiaali- ja terveysministeriö on selvittänyt mielenterveyspalveluiden toimivuutta mm. ”Mielekäs Elämä” –työryhmässä (STM 2000, STM 2003b) ja ”Työnjako ja työnrasitus mielenterveyspalveluissa” –työryhmässä (STM 2004). Selvityksissä todetaan, että viime vuosikymmenien aikana psykiatrisia laitospaikkoja on vähennetty kuitenkin lisäämättä riittävästi psykiatrisen avohoidon valmiuksia. Laitosvaltaisen hoidon purkaminen käynnistyi mielenterveyspalveluissa suunnitellusti jo 1980-luvulla. Prosessi kiihtyi 1990-luvulla osana julkisten palveluiden laajaa rakenneuudistusta. Psykiatrisia sairaansijoja oli pari vuosikymmentä sitten n. 20 000, vuoden 2002 tietojen perusteella sairaansijoja oli käytössä noin 5200. Varsinkin 1990-luvulle keskittynyt rakenteiden uudistus osui samaan aikaan taloudellisen laman kanssa. Valtionosuuksien suuriin leikkauksiin toimintaansa sopeuttavat kunnat kohdistivat laman aikana säästötoimia muun ohella erikoissairaanhoidon. Säästöjen erikoisalakohtaisista määristä on esitetty arvioita, joiden mukaan suurimmat säästötoimet kohdistuivat psykiatriseen erikoissairaanhoidon (Häkkinen ym. 1996, Terveystieteiden tutkimuskeskuksen kehittämissuunnitelma 1998, Mielonen 2000, Nenonen ym. 2001). Vuodesta 1995 alkaen erikoissairaanhoidon menot ovat kuitenkin kasvaneet yleistä tuottavuuden kasvuvauhtia nopeammin. Psykiatristen sairaansijojen nopeampi purkaminen tuotti kuntatasolle tarpeen saada asumis-, hoito- ja kuntoutuspalveluja, joten koko maahan perustettiin hoito- ja kuntoutuskoteja sekä yksityisinä palveluina että osaksi sosiaalitoimintaa. Osan palveluista tuottavat kansalaisjärjestöt, myös Kela kytkeytyy kuntoutus- ja terapiapalveluiden tuottajien joukkoon. Nykyisin näissä hoito- ja kuntoutuskodeissa asuu lähes 5000 kuntoutujaa (Kauppinen & Niskanen 2003, Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2003). Suurin osa näistä kodeista on sosiaalitoimen valvonnassa. Vastaavanlainen kehitys on tapahtunut kehitysvammaisten ja vanhusten palveluissa. Suuri osa suunnitelluista laitoshoidon korvaavista uusista avohoitotoiminnoista (asumis-, hoito- ja kuntoutuspalvelut) jäi resurssien niukkuuden vuoksi kehittämättä, ja ne palvelut, jotka perustettiin, ovat hajautuneet monien eri tuottajien vastuulle. Palveluasumista ja kuntoutuskotipalveluja on kuitenkin lisätty tilastojen mukaan runsaasti, ja osa näistä kohdistuu mielenterveyspotilaille.

Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistion 2004:5 mukaan mielenterveyspalveluiden ja palveluiden tuottajien monipuolistuminen on tuonut tullessaan hallinnollisen hajautumisen ja laadullisen kirjavuuden. Mielenterveyspalveluiden asiakas- ja potilaslähtöisestä toimintakokonaisuudesta ei muistion mukaan ole kukaan vastuussa. Lisäksi mainitaan, että toiminnasta puuttuvat rakenteet ja mallit siitä, miten tavoitetaan ne asiakkaat, joiden auttaminen on poikkeuksellisen haastavaa, joiden hoitomotiivaatio ja yhteistyöhalu ovat vähäiset ja jotka ovat ajautuneet joko kokonaan tai satunnaisesti hoidollisen avun ulkopuolelle. Etsivät palvelut puuttuvat rakenteista kokonaan.

Valtion mielisairaaloissa nk. vaarallisten ja vaikeahoitoisten potilaiden osuus on ollut jatkuvasti kasvussa, nykyisin yli 30 % potilaista. Samanaikaisesti sairaanhoitopiirien mahdollisuudet hoitaa uusia kriminaalipotilaita sekä ottaa kriminaalipotilaita jatkohoitoon valtion sairaaloista on vähentynyt. Välimuotoiset psykiatriset palvelut siirryttäessä sairaalahoidosta avohoitoon ovat riittämättömiä määrällisesti ja myös riittämättömästi valvottuja. Nykyistä paremmin resursoitujen kunnallisten psykiatristen sairaaloiden ja avohoidon palvelut saattaisivat mahdollistaa kriminaalipotilaiden siirtymisen pois valtion sairaaloista varhaisemmassa vaiheessa kuin tällä hetkellä tapahtuu.

6 Rikosten ehkäisemiseen liittyviä kysymyksiä mielenterveyden häiriöistä kärsivien kohdalla

Tarkasteltaessa mielenterveyden häiriöistä aiheutuvien rikosten ehkäisyä tarkastelun kohteena on koko mielenterveystyön kenttä ja siinä mielenterveyden edistämiseen ja mielenterveyden häiriöiden ja niiden haitallisten vaikutusten ehkäisemiseen yleisesti kohdistuva toiminta. Primäärivaiheen ennaltaehkäisevässä toiminnassa avainasemassa on ennaltaehkäisevä toiminta ja varhainen ongelmiin puuttuminen kaikenikäisten kohdalla, mutta erityisesti jo lapsuus- ja nuoruusiässä, jolloin se toteutuu parhaiten lasten- ja nuorten normaalissa kasvuympäristössä mm. kotona, neuvolatyössä, päivähoidossa, koulussa ja nuorisotyössä, missä voidaan tukea perheiden hyvinvointia ja eri tahojen mahdollisuuksia edistää myönteistä kehitystä ja ehkäistä mm. syrjäytymistä.

Ennaltaehkäisevässä mielessä tulisi erityisesti kiinnittää huomiota tarkkaavaisuus- ja yliaktiivisuushäiriöön (ADHD), joka on yksi yleisimpiä lasten pitkäaikaissairauksia. Noin puolella häiriöstä kärsivillä lapsuudessa todetut oireet jatkuvat aikuisuuteen ja ovat yhteydessä moniin aikuisiän psykososiaalisiin ongelmiin ja syrjäytymiseen. Huomattavalla osalla vaikeaa epäsosiaalista käytöshäiriötä potevista lapsista ja nuoruusikäisistä on taustalla lapsuuden ADHD yhdistyneenä psykososiaalisiin riskitekijöihin. Tämäntyyppinen ongelmien kasautuminen on yhteydessä aikuisiän psykiatriin häiriöihin, erityisesti epäsosiaaliseen persoonallisuuteen ja päihde- ja huumeongelmiin, sekä rikollisuuteen ja tapaturmaiseen kuolleisuuteen. (Voutilainen, Sourander ja Lundström 2004).

Sekundäärisessä ennaltaehkäisevässä työssä keskitytään toimiin, joilla voidaan ennalta ehkäistä mielenterveyden häiriöistä kärsivien rikoksiin syyllistyneiden henkilöiden uusintarikollisuutta. Nämä henkilöt voi jakaa neljään ryhmään:

1. mielentilan vuoksi syyntakeettomiksi todetut ja tahdosta riippumattomaan psykiatriseen hoitoon määrätyt (ns. kriminaalipotilaat);
2. mielentilan vuoksi syyntakeettomiksi todetut mutta psykiatriseen hoitoon määräämättä jätetyt;
3. mielenterveyden häiriöistä kärsivät (ainakin osittain) syyntakeiset, jotka on tuomittu ehdottomaan vankeuteen; sekä
4. mielenterveyden häiriöistä kärsivät (ainakin osittain) syyntakeiset, jotka on tuomittu ehdottomaan vankeuteen lievempään seuraamukseen.

Näistä ensimmäisen ryhmän eli kriminaalipotilaiksi määrättyjen uusintarikollisuutta ja sen ehkäisemismenetelmiä on tutkittu eniten, ja sitä käsitellään jäljempänä jaksossa ”Hoito ja uusintarikollisuus sairaalasta poistumisen jälkeen”. Jäljempänä tarkastellaan erikseen myös ryhmän 3 tilannetta vankiloiden mielenterveyshoitoa koskevissa luvuissa 8 (Vankien psykiatrisen hoidon ja vapautumisen jälkeisen jatkohoidon toteutuminen) ja 9 (Vankien psykososiaalinen kuntoutus ja sen jatkuminen vankilasta vapautumisen jälkeen). Molemmille edellä mainituille ryhmille on olemassa ainakin jonkinlaista mielenterveyspalvelujen tarjontaa, joka liittyy nimenomaan rikoksen jälkeen määrättyihin toimenpiteisiin (tahdosta riippumaton mielisairaalahoito ja vankeinhoitolaitoksen mielenterveyspalvelut). Kahden muun ryhmän mielenterveyspalvelut ovat yleisiä mielenterveyspalveluita. Myös muiden mielenterveyden häiriöistä kärsivien rikoksentehtäjäiden uusintarikollisuudesta tiedetään vähemmän. Kuten edellä luvussa 3 todettiin, osa mielentilansa vuoksi syyntakeettomaksi todetuista jää määräämättä mielisairaalahoitoon. Vaikka näiden ihmisten rikollisuudesta ei tiedetä tarpeeksi, käytettävissä oleva tieto viittaa siihen, että he yleensä tekevät suhteellisen lieviä rikoksia verrattuna niihin, jotka ovat olleet mielentilatutkimuksessa ja jotka on määrätty hoitoon.

7 Kriminaalipotilaiden hoidon ja kuntoutuksen toteutuminen

Kriminaalipotilaiden määrät ja hoitoajat

Hoidossa olevista kriminaalipotilaista tai heidän hoitoajoistaan ei ole julkaistuja säännöllisiä luotettavia tilastotietoja, mutta on tehty useita erillisselvityksiä, jotka antavat sangen yhtäpitäviä tietoja kriminaalipotilaiden määrästä. Eri selvitysten mukaan kriminaalipotilaiden määrä on viime vuosina ollut noin 400.

Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen kokoama vuoden 2000 potilastilannetta koskeva julkaisematon tilannekartoitus kertoo kriminaalipotilaiden määräksi vuoden 2000 lopulla 434. Luku on samaa suuruusluokkaa kuin aikaisemmin julkaistut tiedot 1980-luvun puolivälistä (Minkkinen 1987). Hoitoajoista kuvaa antaa seuraava taulukko 1 (Lappi-Seppälä 2005):

Taulukko 1. Vuonna 2000 hoidettavana olevien sekä laitoksista vuosina 1980-2000 poistettujen kriminaalipotilaiden hoidon kesto

	Keskiarvo	Mediaani	N
Vuosina 1980-2000 päättyneet hoidot	9,4 v	4,8 v	835
Vuonna 2000 hoidossa olevien potilaiden siihenastinen laitos aika	9,1 v	6,3 v	445

Sosiaali- ja terveysministeriön erityisen kalliita hoitoja koskevan selvityksen (STM 2005) mukaan vuonna 2004 kriminaalipotilaina hoidettiin valtion mielisairaaloissa 308 ja sairaanhoitopiirien omis- sa psykiatrian yksiköissä lisäksi vähintään 109 henkilöä eli yhteensä vähintään 427 henkilöä.¹

Nyt käsillä olevaa raporttia varten työryhmä pyysi sairaanhoitopiireiltä ja valtion mielisairaaloilta tiedot sairaaloiden kirjoissa 9.11.2005 olleista sekä vuonna 2004 sairaaloista uloskirjoitetuista kriminaalipotilaista. Tietojen yhteenveto on taulukossa 2.

Taulukko 2. Marraskuun 9 p:nä 2005 hoidettavana olleiden ja vuonna 2004 sairaalasta poistettujen kriminaalipotilaiden lukumäärä ja hoidon keston² keskiarvo.

	Potilaita	Hoidon keston keskiarvo
9.11.2005 hoidossa olleet ja heidän siihenastinen hoitoaikansa	393	6,1 v
Vuonna 2004 sairaalasta poistetut ja heidän hoitoaikansa	85	4,8 v

¹ Selvityksen mukaan osassa sairaanhoitopiirejä oltiin epätietoisia kriminaalipotilaiden määristä (STM 2005, s. 41).

² Tässä taulukossa hoidon kesto koskee hoitoaikaa vain tiedon antaneessa yksikössä, vaikka henkilö olisi siirretty kriminaalipotilana jostakin toisesta sairaalasta. Hoidon kestoa koskevat luvut ovat tässä siten pienempiä kuin henkilöiden tosiasiallinen hoitoaika kriminaalipotilana.

Vastausten mukaan tuona päivänä kriminaalipotilaita oli hoidossa kaikkiaan 393. Heidän keskimääräinen hoitoaikansa (nykylaitoksessa) oli laskentapäivään mennessä ollut 6,1 vuotta. Vuonna 2004 uloskirjoitettiin 85 kriminaalipotilasta, joiden keskimääräinen hoitoaika (uloskirjoittavassa sairaalassa) oli ollut 4,8 vuotta. Tarkemmat tiedot sairaaloittain ja sairaanhoitopiireittäin esitetään liitetaulukossa 1.

Työryhmän tekemän selvityksen mukaiset kriminaalipotilaiden keskimääräiset hoitoajat ovat huomattavasti (useita vuosia) lyhempiä kuin Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen vuonna 2000 tekemän selvityksen mukaiset. Se ei kuitenkaan välttämättä osoita hoitoaikojen todellista lyhentymistä, sillä luvut eivät ole vertailukelpoisia. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen selvityksessä käytettiin hyväksi TEO:n kriminaalipotilaskortistoa ja muita asiakirjoja ja näitä tietoja yhdistelemällä otettiin selville koko hoitoaika siitä lähtien, kun henkilö oli määrätty ns. kriminaalipotilaaksi. Vuoden 2005 kysely taas selvitti vain hoitoajan siinä sairaalassa, jossa potilas oli marraskuussa 2005 tai josta hänet poistettiin vuonna 2004. Käytössä ei ollut tietoja siitä, milloin toisista laitoksista siirrettyjen henkilöiden hoito kriminaalipotilaana oli alun perin alkanut.

Diagnoosit ja hoitovalmiudet

Valtaosa kriminaalipotilaista, noin 90 prosenttia, sairastaa skitsofreniaa ja pääosin sen paranoidista muotoa. Muita diagnooseja ovat mm. harhaluuloisuushäiriö ja aivo-orgaaniset syyt kuten aivovammojen jälkitilat sekä päihteiden aiheuttamat muutokset. Mielialahäiriöt itsenäisenä sairautena ovat harvinaisia, mutta masennus voi useinkin olla liitännäissairautena skitsofreniassa. Systemaattista tietoa nimenomaan kriminaalipotilaiden hoidon ja kuntoutuksen toteutumisesta, varsinkin hoidon sisällöstä, ei juurikaan ole käytettävissä. Lääkehoito on helposti selvitettävissä oleva asia, mutta muun hoidon osalta tilanne on hankalampi, eikä keskustelua ole käyty esim. siitä, miten skitsofreniapotilaiden hoidon valtakunnallista konsensusuositusta voidaan ja tulisi soveltaa nimenomaan kriminaalipotilaiden kohdalla. Eri hoitoyksiköiden valmiudet vaihtelevat, ja potilaiden samanarvoisuus ei välttämättä toteudu, vaan hoito saattaa olla hyvin erilaista ja eri tasoista maan eri osissa. Etenkin kriminaalipotilaiden jatkohoito toteutuu eri paikkakunnilla hyvin eri tasoisesti sekä lääkehoidon seurannan että muun hoidon osalta, millä on tutkimusten valossa todettu olevan ratkaiseva merkitys sekä psyykkiseen sairastamiseen että uusintarikollisuuteen. Alueellisesti tehtyjen ratkaisujen nojalla osa kriminaalipotilasta säilyy erikoissairaanhoidon piirissä tai perusterveydenhuoltoon sijoitetun erikoislääkärijohtoisen hoidon piirissä, osa menee kuitenkin perusterveydenhuoltoon ja jää vaille mitään varsinaista psykiatrista hoitokontaktia.

Hoito ja uusintarikollisuus sairaalasta poistamisen jälkeen

Kriminaalipotilaiden kohdalla kiinnostavat erityisesti hoidon mahdolliset vaikutukset rikosten uusimiseen sairaalahoidon jälkeen.

Aikaisempien 1980-luvun lopulta alkaen julkaistujen tutkimusten mukaan kriminaalipotilaat ovat olleet erityisen alttiita syyllistymään uusiin väkivaltarikoksiin nimenomaan pian sairaalasta pääsyn jälkeen. Hakola ja Vartiainen tutkivat Niuvanniemen sairaalasta poistettujen kriminaalipotilaiden vakavat rikosresidiivit vuosina 1978-1987. Vuosittain avohoitoon poistettujen potilaiden lukumäärä oli 10-28 (keskiarvo 21,5). Kirjoittajien tietoon oli tullut 14 vakavaa rikosresidiiviä, ja rikosresidiivi oli sattunut keskimäärin jo 1 v 7 kk sairaalasta pääsemisen jälkeen (Hakola & Vartiainen 1988). Tiuhonen ja kumppanit tutkivat vuosina 1978-1991 vapauteen päässeet 310 (281 miestä ja 29 naista) kriminaalipotilasta. Seuranta-aikana (7,8 vuotta) sairaalasta poistetut potilaat tekivät yhteensä 7 henkirikosta, näistä 5 ensimmäisen vuoden aikana (Tiuhonen ym. 1996). Erosen vuonna 1996 valmistuneessa väitöskirjassa tutkimusaineistona olivat kaikki vuosina 1981-1993 tapahtuneet henkirikokset. Näiden joukossa oli 4 avohoitoon siirtyneiden kriminaalipotilaiden suorittamaa henkirikosta (Eronen 1996). Vaikka vain vähemmistö sairaalasta poistetuista kriminaalipotilaista oli näiden tutkimusten mukaan syyllistynyt vakavaan väkivaltarikokseen, ovat tutkimuksissa havaitut uusimislu-

vut silti huomattavan korkeita verrattuna väestön keskimääräiseen rikollisuuteen. Esimerkiksi Tiuhosen ym (1996) tutkimuksessa 281 sairaalasta poistettua kriminaalipotilasmiestä teki keskimäärin noin 8 vuoden seuranta-aikana yhteensä 7 henkirikosta. Se merkitsi 0,3:n prosentin henkirikosriskiä vuotta ja miestä kohden, mutta on suhteellisesti noin viisikymmentä kertaa enemmän kuin aikuisella miesväestöllä keskimäärin. Viisi henkirikosta tehtiin ensimmäisen vuoden aikana, mikä vastaa peräti 1,8 prosentin riskiä vuotta ja henkilöä kohti.

Eila Revon ja Eira Hellbomin (1995) tutkimuksessa selvitettiin vuosina 1990, 1991 ja 1992 sairaalasta poistettujen kriminaalipotilaiden avohoidossa pysymistä 1,5 vuoden kuluttua sairaalasta poistamisesta. Siinä todettiin, että hoitokontaktit loppuivat hyvin usein valvonta-ajan päätyttyä. Rikosrekisterin perusteella rikosten uusimisprosentti oli 5,4 puolentoista vuoden seurannan aikana (Kaksi henkilöä oli syyllistynyt uudelleen rikokseen: harhaluuloisuushäiriötä sairastava, seksuaalirikoksia tehnyt mies ja skitsofrenian paranoidista muotoa sairastava, teräsein mm. ryöstöjä tehnyt mies. Toinen heistä oli satunnaisesti käynyt mielenterveystoimistossa, toisella ei ollut lainkaan avohoidtoa). Sairauskertomustiedot kuvastivat lisäksi muita ”vähältä piti”-tilanteita.

Kansainvälisessä, vuodesta 1998 alkaen käynnissä olleessa ”Väkivaltaisuuden ja rikollisuuden ehkäisyä koskevassa psykiatristen potilaiden vertailututkimuksessa” (After Care –tutkimus) on saatu alustavia tietoja siitä, että tutkimuksessa mukana olleiden suomalaisten kriminaalipotilaiden (n = 57) joukossa ei ole ollut rikoksen uusijoita (tieto tammikuulta 2005 Jari Tiihonen ja Markku Eronen). After Care –tutkimuksessa on ollut mukana enemmistö sairaalasta poistetuista kriminaalipotilaista (kieltäytyneitä kriminaalipotilaita oli 17), ja tämä joukko on ollut motivoitunut tutkimukseen. Potilaat ovat selviytyneet varsin hyvin ja heihin on saanut hyvin yhteyden. Heitä on tavattu kahden vuoden ajan puolivuositain ja sitten vielä viiden vuoden kuluttua ensitapaamisesta. Tutkimusasetelmalla ja etenkin siihen sisältyvällä henkilökohtaisella, säännöllisellä kontaktilla on arveltu olevan merkitystä hyvään selviytymiseen, mikä tukisi sitä, että säännöllisellä seurannalla ja hoitokontaktilla olisi tärkeä rikosten uusimista ehkäisevä merkitys. Viimeisen seitsemän vuoden aikana ei ole tullut tietoon yhtään henkirikoksen uusimista myöskään tutkimuksen ulkopuolelle jättäytyneistä kriminaalipotilaista.

Tutkimuksen perusteella vaikutelmana on ollut, että viime vuosien aikana kuuden kuukauden valvonta-aikoja on jatkettu varsin usein (verrattuna 1980- ja 1990-lukuihin). Vaikuttaa myös siltä, että kriminaalipotilaiden jatkohoito toteutuu asianmukaisesti siihen saakka, kun virallinen (velvoitteellinen) valvonta-aika on voimassa (kuusi kuukautta tai enemmän), mutta useat potilaat lopettavat hoitokontaktin tämän jälkeen. Satunnaisesti saatujen tietojen perusteella nämä potilaat usein laiminlyövät myös lääkityksensä ja käyttävät lisääntyvässä määrin päihteitä. Vakavia rikoksen uusimisia ei kuitenkaan viime vuosien aikana ole tullut tietoon. Näyttääkin siltä, että jotkut potilaat tarvitsevat huomattavasti pidemmän valvonta-ajan kuin nykyinen kuusi kuukautta, minkä tavallaan voidaan ajatella toteutuneen After Care –tutkimuksessa mukana olleiden kohdalla tutkimuksen mahdollistamien säännöllisten tapaamisten ja seurannan puitteissa. Potilaat ovat erilaisia ja yksilölliset vaihtelet suuria, joten on kyseenalaista käyttää yhtä aikarajaa kaikille, vaan valvonta-ajan pituus tulisi arvioida yksilökohtaisesti.

8 Vankien psykiatrisen hoidon ja vapautumisen jälkeisen jatkohoidon toteutuminen

Vankien kokonaismäärässä tapahtui laskua aina vuoteen 1999 saakka, jolloin vankiluku lähti nousemaan. Vuonna 1999 vankeja oli keskimäärin 2743, kun vuoden 2004 keskivankiluku oli 3577. Marraskuun alussa 2005 vankien päivittäinen keskimäärä on 3874. Päivittäinen vankiluku on jo ylittänyt joinakin päivinä 4000:n. Vapautuneiden vankien kuolleisuus on moninkertainen verrattuna ikä- ja sukupuolivakioituun muuhun väestöön.

Vankien moniongelmaisuus näyttäisi lisääntyneen viime vuosien aikana, mutta asiasta ei ole suoritettu perusteellista tutkimusta. Yleislääkäritasoisien kliinisen tutkimuksen perusteella ja asiakirjatiedoista vahvistettuna vuonna 1985 suoritetussa selvityksessä voitiin todeta 67 %:lla tutkituista vangeista olleen jokin mielenterveyden häiriö. Yleisimpiä olivat luonnehäiriöt ja alkoholiriippuvuus. Mielisairauksien osuus ei poikennut väestöllä yleensä todetuista.

Syksyllä 2002 tehdyn ns. prevalenssitutkimuksen valossa vankien psykiatrisen sairastavuus näyttää selvästi kasvaneen, mutta tuloksiin tulee suhtautua kriittisesti. Tulokset antavat vaikutelman siitä, että psykoottisesti sairaita olisi vangeista noin 7 %, mikä on karkeasti arvioiden kolminkertainen määrä verrattuna vuoteen 1985. Tulosten vertailtavuus on kuitenkin kyseenalainen. Huomattava osa vangeista saa oireita lievittävää tai jopa ne peittävää antipsykoottista lääkitystä, ja opioidien väärinkäyttö voi peittää alleen joitakin psykoositapauksia. Vankien keskuudessa yleisesti käytetyt stimulantit, lähinnä amfetamiini, aiheuttavat psykoottisia oireita. Oireiden teeskentely ja myös niiden mahdollinen peittäminen manipulatiivisissa tarkoituksissa on yleistä. Myös erilaisissa vieroitustiloissa esiintyvät oireet voivat sekoittaa psykoosioireisiin. Psykiatristen laitospaikkojen voimakas väheneminen 1980-luvun alkupuolelta lähtien yhdistettynä siihen, että psykiatrasta avohoitoa ei ole kyetty lisäämään suunnitelmien mukaisesti, on saattanut aiheuttaa sen, että psyykkisesti sairaita henkilöitä ohjautuu entistä enemmän vankiloihin. Useissa Euroopan maissa onkin tapahtunut oikeuspsykiatristen hoitopaikkojen ja vankien määrän lisääntymistä sen jälkeen kun siviilijärjestelmän psykiatriset sairaalapaikat ovat vähentyneet. Britanniassa noin 10 % vangeista on psykoottisia, ja psykoosien esiintyminen liittyy erityisesti kannabis- ja stimulanttiriippuvuuteen.

Vankien psykiatrasta hoitoa toteutetaan Vankimielisairaalassa Turussa, missä kahdella osastolla on yhteensä 40 potilaspaikkaa. Vankimielisairaalassa hoidetaan vain miehiä, samoin kuin Vantaan vankilan psykiatrisella osastolla, missä on 14 potilaspaikkaa. Miesten tahdosta riippumaton hoito toteutetaan Vankimielisairaalassa. Naisia voidaan hoitaa vapaaehtoisuuden perusteella Hämeenlinnassa Vankisairaalassa, ja naisten tahdosta riippumaton hoito toteutetaan siviilisairaaloissa. Vankimielisairaalan uusissa vv. 2007-2008 toimintansa aloittavissa tiloissa on kuusi naispaikkaa, 14 paikkaa rauhallisille potilaille ja mielentilatutkimuspotilaille, 14 paikkaa levottomammille miespotilaille ja kuusi paikkaa vaikeasti psykoottisille ja deliriöottisille miespotilaille.

Vankien osalta ongelmallinen asia on tarvittavan psykiatrisen jatkohoidon toteutuminen vankilasta vapautumisen jälkeen. Vankimielisairaalalla ei ole käytettävissään kuntouttavia hoitomuotoja, mistä syystä selkeästi pitkää kuntouttavaa hoitoa tarvitsevat vangit voidaan siirtää hoitoon valtion mielisairaaloihin. Noin kymmenen vankia vuosittain siirretään Vankimielisairaalasta tahdosta riippumattomaan hoitoon siviilimielisairaalaan. Monilla vangeilla päihteidenkäyttö alkaa heti vapautumisen jälkeen tuoden useimmiten uudelleen esille vankilaan johtaneet ongelmat.

Vuonna 2006 vankiloiden terveydenhuolto eriytetään omaksi kokonaisuudekseen, jossa mm. vankilalääkäriin riippuvuus sijoitusvankilansa johdon toimista vähenee. Samalla on käynnistymässä RI-SE:n rahoittama tutkimus, jossa vankien todellinen psykiatrisen ja muu sairastavuus tutkitaan teolliset kriteerit täyttävien menetelmin edustavan otoksen puitteissa.

9 Vankien psykososiaalinen kuntoutus ja sen jatkuminen vankilasta vapautumisen jälkeen

Vankeinhoidossa ja rikosseuraamusten täytäntöönpanossa painottuu nykyisin aiempaa selvemmin seuraamusjärjestelmän velvollisuus edistää rangaistukseen tuomitun edellytyksiä sijoittua yhteiskuntaan ja rikoksettomaan elämään. Omatoimisuus sekä normaalit arkielämän asiointi- ja selviytymistäidot rapistuvat nopeasti laitolosuhteissa, erityisesti suljetuissa laitoksissa, mistä syystä kuntouttaviin toimiin on vankilassa pyritty panostamaan erilaisten ohjelmien avulla. Tutkimusten mukaan esim. päihdekuntoutukseen osallistuminen vähentää henkilön rangaistuksen jälkeistä uusintarikollisuutta. Vankiloiden toimintaohjelmista toteutetaankin eniten erilaisia päihdekuntoutusohjelmia (55 ohjelmaa vuonna 2003). Toimintaohjelmissa pääpaino on kognitiiviseen teoriaan ja yhteisöhoitomalleihin perustuvissa ohjelmissa. Useissa vankiloissa panostetaan myös merkittävässä määrin yleisiä ajattelutaitoja ja elämänhallintaa (ongelmanratkaisutaidot, johdonmukainen ja kriittinen ajattelu, arvojen pohdinta ja sosiaaliset taidot) edistävien Cognitive Skills –kurssien järjestämiseen. Kansainvälisessä käytössä hyväksi todettuja väkivaltarikoksista tuomituille tarkoitettuja ohjelmia on myös otettu käyttöön.

Vankeinhoidon piirissä ongelmallisen ryhmän muodostavat seksuaalirikoksiin syyllistyneet. Rikosseuraamusviraston julkaisuja 2/2005 mukaan vuosina 1993-2001 tuntemattoman uhrin raiskanneista henkilöistä (N=56) 73 % syyllistyi seuranta-aikana, joka vaihteli 3 ja 11 vuoden välillä, johonkin rikoslain määrittämään rikokseen. Raiskaajilla uuteen rikokseen syyllistyminen oli yhteydessä rikollista elämäntapaa kuvaaviin taustapiirteisiin. Seksuaalirikoksiin syyllistyneiden kohdalla keskeistä on siis yleensä rikollisuuteen altistavat tekijät, eivätkä tietynlaiset seksuaaliset mieltymykset tai seksuaaliset poikkeavuudet.

Seksuaalirikoksiin syyllistyneiden motivoituminen ongelmiensa selvittelyyn on heikko. Heihin kohdistuvina tukitoimina voidaan ajatella valvontaa ja yleistä tukea, psykoterapeuttisia lähestymistapoja ja mahdollisten oheishäiriöiden hoitoa. Terveystieteellisistä toiminnoista näyttöä on lähinnä lääkehoidon myönteisistä vaikutuksista, mutta sen käyttö edellyttää henkilön omaa motivoitumista, ja tiettyihin lääkehoitoihin liittyy myös huomattavia terveydellisiä riskejä. Kuopion vankilassa on otettu keväällä 1999 käyttöön seksuaalirikollisista tuomituille tarkoitettu ohjelma (STOP), jonka tavoitteena on vähentää seksuaalirikoksen uusimisriskiä. Ohjelman on vuoden 2004 loppuun mennessä suorittanut 68 vankia. Vaikutuksia rikosten uusimiseen ei voi vielä arvioida.

Vankilasta vapautuvien jälkihuollon järjestäminen kuuluu kotikunnalle, mutta siitä ei ole lainsäädännössä mitään erityistä säännöstä, vaan vankilasta vapautuva on erilaisten tukipalveluiden osalta periaatteessa samassa asemassa kuin muutkin kuntalaiset. Kuntien mahdollisuudet vastata seuraamusjärjestelmästä vapautuvien tarpeisiin vaihtelevat suuresti. Entinen Kriminaalihuoltoyhdistys tarjosi aikoinaan vankilasta vapautuneille suunnattuja sosiaalihuollollisia tukipalveluita, mutta sosiaalihuollon lainsäädännön kehittyessä ja kuntien palvelutuotannon parantuessa niistä luovuttiin. Kriminaalihuoltoyhdistys lakkautettiin ja sen tehtävät siirrettiin Kriminaalihuoltolaitokselle. Nykyisin toimiva Kriminaalihuollon tukisäätiö pyrkii osaltaan yhdessä kuntien ja järjestöjen kanssa luomaan vähintään aluetasolla toimivan kriminaalihuollon tukipalveluja tuottavien järjestöjen verkoston vastaamaan kohderyhmän jälkihuollon erityistarpeisiin ja takaamaan tarvittavan erityisosaamisen.

Käytännössä seuraamusjärjestelmästä vapautuvat kuuluvat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen, erityisesti kalliiden erityispalveluiden suurkuluttajiin (asumisen tukipalvelut, mielenterveys- ja päihdepalvelut, työhön valmennus ja kuntoutus, koulutuskeskymykset), ja aivan erityisiä jatkokuntoutustarpeita on väkivalta- sekä seksuaalirikostaustaisilla. Ensimmäiset kuukaudet vankilasta vapautumisen jälkeen ovat ratkaisevia siviilielämässä pärjäämisen kannalta. Vankilasta vapautuu suoraan kadulle ilman asuntoa 500-700 vankia vuodessa (Jukka Mäki 2005). He ajautuvat yleensä no-

peasti kalliiden hoitojen piiriin tai takaisin vankilaan. Tässä kohderyhmässä tulisi tehostaa vapautumiseen liittyvää tilannearviota ja jatkotoimien suunnittelua, jotta vältetään ajautumiselta kalliita erityispalveluita vaativiin tilanteisiin.

10 Mielensterveyslain kriminaalipotilaita koskevan lainsäädännön ongelmia

Kysymys vakavasta mielensterveyden häiriöstä tahdosta riippumattoman hoidon perusteena

Työryhmä päätyi keskittymään vakavan mielensterveyden häiriön määrittelyyn aikuisten kohdalla siinä laajuudessa kuin se tulee esille rikoslain ja mielensterveyslain yhteensovittamisessa. Aikuisten kohdalla muiden kuin mielisairausten asteisten vakavien mielensterveyden häiriöiden määrittely ja hoitomuodot eivät pääosin ole vakiintuneet. Niistä kärsivät ovat ryhmä, jota ei välttämättä osata eikä aina halutakaan hoitaa, eivätkä he yleensä itsekään ole motivoituneita hoitoonsa. Ongelmat kärjistyvät etenkin silloin, kun tällainen potilas on syyllistynyt kriminaalitekoon. Oikeuspsykiatrielta kannalta ajatellen tähän vakavien mielensterveyden häiriöiden ryhmään voisi luontevasti ajatella kuuluvan vaikeat, lähellä mielisairautta olevat persoonallisuushäiriöt, joita sairastavat henkilöt hyötyvät hoitomenetelmistä, jotka ovat lähes samoja kuin mielisairauksien hoitamiseen tarkoitettut menetelmät, mm. antipsykoottinen lääkitys. Nämä häiriöt edustavat persoonallisuushäiriöiden skitsofreniaspektriä: epäluuloinen, eristäytyvä ja psykoosiin taipuva persoonallisuus, joita esiintyy samoissa suvuissa kuin varsinaisia mielisairauksia ja jotka saattavat olla mielisairausten, esim. skitsofrenian, esiasteita.

Työryhmä pohti myös tunne-elämältään epävakasta persoonallisuushäiriöstä kärsivien ryhmää. Etenkin häiriön rajatilatyypissä esiintyy vaikeita muotoja, joissa on usein myös ajoittaista psykoottistasoista oireilua. Tämä persoonallisuushäiriöryhmä on kuitenkin siinä määrin heterogeeninen, että työryhmä katsoi sen voivan olla kriminaalipotilaiden kohdalla tahdosta riippumattoman hoidon perusteena vain esiintyessään yhdessä psykoottistasoisen psykiatrisen sairautensa kanssa.

Valvonta-ajan säätelyn ongelmat

Nykyisin voimassa oleva mielensterveyslain 18 a §:n mukainen valvonta-aikamenettely on keinotekoinen ja siihen liittyvä prosessi on monimutkainen: Potilaalla tulee olla hallinto-oikeuden vahvistama hoitoon määräämispäätös ennen kuin TEO voi päästää hänet valvonta-ajalle. Hallinto-oikeuden päätökset viipyvät usein melko pitkään (jopa neljä kuukautta), jolloin valvonta-aika jää joskus hyvinkin lyhyeksi, koska se voidaan määrätä vain niin pitkäksi aikaa kuin tahdosta riippumattoman hoidon päätös on voimassa. Harkittaessa potilaan päästämistä avohoitoon valvonta-ajalle pitää siis arvioida, täyttyvätkö hänen kohdallaan tahdosta riippumattomassa sairaalahoidossa pitämisen edellytykset. Potilaiden oikeusturvan mukaista olisi, että he voisivat saada tilansa edellyttämän asianmukaisen hoidon ehkä nykyistä aiemmin avohoitoon, ja toisaalta potilaiden edun mukaisena olisi myös se, että he eivät jäisi heitteille sen jälkeen, kun tahdosta riippumattoman sairaalahoidon edellytykset eivät enää täyty. Pulmat liittyvät siihen, että MTL:n mukaisesti velvoitteinen tai tahdosta riippumaton psykiatrisen hoito voi olla vain sairaalahoidon hoitoa. Työryhmän ehdotuksiin kuuluva velvoitteinen avohoito ratkaisisi pitkälle tässä kuvatun pulman (ns kriminaalipotilaiden kohdalla).

Hoitomääräyksen ja tuomioistuimen määräämän rangaistuksen yhteensovittaminen

Lainsäädännöllisesti ongelmallinen ja epäselvä tilanne saattaa syntyä silloin, kun Teo määrää mielensterveystutkimuksen päättyessä tahdosta riippumattoman psykiatrisen sairaalahoidon tarpeessa olevan henkilön hoitoon hänen tahdostaan riippumatta ja tuomioistuimen katsoo hänet syyntakeiseksi tai alenteisesti syyntakeiseksi ja tuomitsee hänet vankeusrangaistukseen. Tällöin TEO:n hoitoon määräämispäätöksen asema jää epäselväksi. Käytännössä yleensä on menetelty siten, että potilas on jäänyt

hoitoon niin pitkäksi aikaa kuin tahdosta riippumattoman hoidon edellytykset ovat täyttyneet.

Tarkempaa säätelyä hoitomääräyksen ja tuomioistuimen rikosasiassa antaman päätöksen suhde vaatii myös, jos hyväksytään tämän muistion ehdotus siitä, että niin sanottujen kriminaalipotilaiden tahdosta riippumattoman hoidon kriteerejä laajennettaisiin (sitä, että eräät mielisairautta lähellä olevat vakavat mielenterveyden häiriöt riittäisivät, eikä vaadittaisi varsinaisen mielisairauden kriteerien täyttymistä). Tällöin tulisi periaatteessa mahdolliseksi tilanne, jossa tuomioistuin vapauttaa syytteestä (esimerkiksi näytön puutteesta) sellaisen rikoksesta syytetyn henkilön, joka on määrätty hoitoon käyttäen sellaisia kriteerejä, jotka eivät riittäisi ”siviilipotilaan” hoitoon määräämiseen.

Tällaisen tapauksen todennäköisyyttä tosin huomattavasti vähentää HE 271/2004 mukainen järjestely. Tämän ehdotuksen mukaan tuomioistuimen olisi ennen rikosasian vastaajan mielentilan määrittämistä tutkittavaksi erikseen välipäätöksellä ratkaistava, onko vastaajan näytetty menetelleen syytteessä kuvatulla rangaistavaksi säädetyllä tavalla. Kuvattu välipäätös saattaa kuitenkin osoittautua toiseksi kuin lopullinen päätös, joka saattaa todeta, ettei olekaan näyttöä että vastaaja on menettänyt syytteen kuvaamalla tavalla. Jos hoitomääräys olisi tämän jälkeen edelleen voimassa ja etenkin jos se olisi tehty mielisairautta lievemmän vakavan mielenterveyden häiriön perusteella, olisi vastaajalla kriminaalipotilaan status ilman kriminaalitekoa. Näissäkin tapauksissa olisi turvattava, että kriminaalipotilaan status purkautuu, jos henkilön ei ole osoitettu tehneen rikosta.

Hoitomääräyksen alistaminen ja hallinto-oikeuksien vaihteleva käytäntö

Hoidollinen ongelmatilanne saattaa syntyä silloin, jos hallinto-oikeus katsoo, etteivät tahdosta riippumattoman hoidon edellytykset täyty ja jättää kriminaalipotilaan hoitoon määräämispäätöksen vahvistamatta, jolloin TEO:lla ei ole toimivaltaa asian suhteen. Vuosittain hallinto-oikeudet jättävät vahvistamatta 1-3 kriminaalipotilaan hoitoon määräämispäätöstä. Kysymys saattaa olla esimerkiksi siitä, että potilaasta laaditussa tarkkailulausunnossa on puutteellisuuksia, jotka vaikeuttavat asian ratkaisemista hallinto-oikeudessa. Koska mielenterveyslain 17 §:n 2 momentin mukaan hoidon lopettamista koskeva päätös alistetaan Terveystieteiden tutkimuskeskukselle, tilanne koetaan ongelmallisena sekä Terveystieteiden tutkimuskeskuksessa että kriminaalipotilaita hoitavissa yksiköissä. Sen vuoksi tulisi varmistaa, että hallinto-oikeuksilla on riittävät valmiudet ja asiantuntemus kriminaalipotilaiden hoitopäätöksiä ja hoidon tarvetta arvioidessaan. Lakia tulisi muuttaa esim. siten, että hallinto-oikeudet harkitessaan hoitoon määräämispäätöksen vahvistamatta jättämistä pyytäisivät Terveystieteiden tutkimuskeskuksen lausunnon asiasta.

Tulkinta- ja sovellusohjeiden tarve

Mielentilatutkimuksia suorittavat ja kriminaalipotilaita hoitavat yksiköt, etenkin ne, joissa toiminta on vähäisempää, ovat usein toivoneet asiaan liittyviä ohjeita ”juridisista ym. erityiskysymyksistä”, joita ei mielenterveyslaissa ole määritelty. Epäselvää on, kenen tehtävänä on laatia ja antaa näitä ohjeita.

11 Työryhmän pohtimia eri vaihtoehtoja

Työryhmä pohti, tulisiko kriminaalipotilaiden tahdosta riippumattoman hoidon edellytykset säilyttää entisellään vai tulisiko tahdosta riippumattoman hoidon psykiatrisia peruskriteerejä tämän ryhmän kohdalla laajentaa niin, että ne käsittäisivät myös tietyt vaikeat persoonallisuushäiriöt.

Työryhmä tarkasteli myös sitä, missä laissa niin sanottujen kriminaalipotilaiden hoitoon määräämisestä säädettäisiin ja mikä elin tästä päättäisi. Yksi esillä ollut vaihtoehto oli se, että tuomioistuimien päättäisi hoitoon määräämisestä ja asiaa koskeva lainsäädäntö sijoitettaisiin rikoslakiin. Tällöin kyseinen tuomioistuin päättäisi myös hoidon lopettamista koskevista kysymyksistä. Tämäntyyppinen käytäntö on useimmissa Euroopan maissa.

Edelleen työryhmä pohti mahdollisuutta luoda kriminaalipotilaita koskeva velvoitteisen avohoidon järjestelmä. Tämän katsottiin voivan parantaa mm. kriminaalipotilaiden elämänlaatua, kun he voisivat siirtyä nykyistä käytäntöä aiemmin sairaalahoidosta avohoidon piiriin. Nykyisinkin sairaalasta uloskirjoitetut kriminaalipotilaat saavat suosituksen pysyä hoidossa pitkäaikaisesti, ja velvoitteisen avohoidon järjestelmä loisi struktuurin, jossa hoidon toteutuminen voisi varmistua myös käytännössä.

Velvoitteisen avohoidon hyötyjä on arvioitu muutamassa katsauksessa. Tiukat kriteerit täyttäviä tutkimuksia asiasta on kuitenkin hyvin vähän. Tuore Cochrane-katsaus (Kisely ym 2005) löysi vain kaksi satunnaistettua tutkimusasetelmaa, joissa verrattiin velvoitteista ja vapaaehtoista psykiatrista avohoitoa. Tekijöiden päätelmien mukaan nykykäytön perusteella on mahdollista, että velvoitteinen avohoito ei ole tehokas vaihtoehto normaalihoitolle. Velvoitteeseen ei liittynyt merkitsevää eroa hoitopalvelujen käyttämisessä tai lääkintäsuunnitelman noudattamisessa. Sen sijaan velvoitteisessa hoidossa olevat kärsivät vähemmän asunnottomuudesta ja itseensä kohdistuvasta väkivallasta ja muista rikoksista kuin tavanomaisessa avohoidossa olleet. Samoin heidän omat väkivallantekonsa olivat harvinaisempia, vaikkakaan ero ei ollut tilastollisesti merkitsevää. Tämän katsauksen soveltuvuutta käsillä olevan ongelman arvioimisessa heikentävät kuitenkin monet seikat. Kyse ei ollut varsinaisesti kriminaalipotilaista, vaikka monet potilaista olivat syyllistyneetkin rikoksiin. Tutkimuksista oli kuitenkin suljettu pois ne potilaat, joilla oli tilillään tuoreita vakavia väkivaltarikoksia. Lisäksi Cochrane-katsauksen tekijöiden mukaan oli mahdollista, että ainakin toisessa tutkimuksessa myös velvoitteettomassa hoidossa olleet olivat siinä käsityksessä, että heidät oli määrätty hoitoon.

Eräissä muissa tutkimuksissa, joissa vertailtavia ryhmiä ei ole satunnaistettu, on saatu rohkaisevampia tuloksia velvoitteiden hyödyistä eräissä tapauksissa (Swartz ym 1999; Broner ym. 2005).

Varsin suuri yksimielisyys on siitä, että strukturoitu ja hyvä avohoitopalvelujen tarjonta ja yhteydenpito potilaaseen ovat hyödyllisiä. Myös edellä selostetun After care – tutkimuksen alustavat tulokset viittaavat siihen, että strukturoitu avohoito (jota tutkimusprosessi muistutti ja tuki) vähentää kriminaalipotilaiden rikosten uusimisriskiä. Tähän tutkimukseen osallistuvilla potilailla ei ollut oikeudellista velvoitetta osallistua tutkimusprosessiin. Tutkimuksen tekijät (J Tiihonen, tiedonanto 7.11.2005) arvioivat kuitenkin, että ilman velvoitteista avohoitoa sairaalasta päästetyn kriminaalipotilaan hyvä seuranta ei toteudu.

Työryhmä pohti myös olisiko kriminaalipotilaan velvoitteisella avohoidolla oltava maksimikesto vai olisiko velvoitteisen hoidon kokonaiskesto periaatteessa avoin (ja riippuisi määrääjain tehtävien hoitopäätösten tuloksista). Samoin mietittiin, toteutettaisiinko velvoitteinen avohoito perusterveydenhuollossa vai vaativan erityissairaanhoidon piirissä. Lisäksi pohdittiin, pitäisikö velvoitteisen avohoidon toimivuudesta järjestää kokeilu.

Pohdittiin mahdollisuutta lisätä TEO:n ja Lääninhallitusten roolia kriminaalipotilaiden hoidon seurannassa ja ohjauksessa lisätään, jotta yhdenvertaisuus näiden potilaiden hoidossa toteutuisi valtakunnallisesti paremmin.

Keskusteltiin mahdollisuuksista kartoittaa vankeinhoidon mahdollisuudet hoitaa tiettyjä häiriöitä, joiden kohdalla rikoksien uusimisriski on suuri ja ennaltaehkäisevät toimet nähdään tärkeinä. Tällaisia erityisiä ja ongelmallisia ryhmiä ovat mm. seksuaaliset kohdehäiriöt ja kleptomania esiintyessä henkilöllä, jolla ei ole samanaikaisesti mitään vakavaa mielenterveydellistä ongelmaa tai häiriötä.

12 Työryhmän ehdotukset

Työryhmä toteaa, että kriminaalipotilaita koskeva tiedontuotanto, seuranta ja tilastointi vaatii kehittämistä. TEO onkin ilmoittanut, että se tulee vuoden 2006 aikana siirtämään kriminaalipotilasrekisterinsä ATK-pohjaiseksi, mikä mahdollistaa tehokkaamman seurannan ja tilastoinnin. TEO:n toivotaan myös laativan ohjeet kriminaalipotilaiden hoitoon liittyvistä juridisista erityiskysymyksistä.

Mielenterveyslakia muutetaan siten, että kriminaalipotilaiden kohdalla tahdosta riippumattomaan hoitoon voidaan määrätä tiettyjen muidenkin vakavien mielenterveyden häiriöiden kuin mielisairauksien perusteella. Kysymykseen tulisivat vaikeat, lähellä mielisairautta olevat persoonallisuushäiriöt, kuten DSM IV-tautiluokituksen mukaiset ryhmään A kuuluvat persoonallisuushäiriöt: epäluuloinen, eristäytyvä ja psykoosiin liittyvä persoonallisuus. Näitä häiriöitä sairastavat henkilöt hyötyvät hoitomenetelmistä, jotka ovat lähes samoja kuin mielisairauksien hoitamiseen tarkoitettut menetelmät, mm. antipsykoottinen lääkitys.

Mielenterveyslakiin laaditaan pykälä kriminaalipotilaita koskevasta velvoitteisesta avohoidosta, johon määräämisestä päättää Terveystieteiden tutkimuskeskus. Velvoitteisen avohoidon kesto määräytyisi hoidon tarpeen perusteella. Velvoitteinen avohoito päättyisi heti siinä vaiheessa kun hoidon tarvetta ei enää todettaisi olevan, mutta hoidon tarpeen jatkuessa hoitopäätös uusittaisiin puolivuositain ja päätös alistettaisiin hallinto-oikeuden vahvistettavaksi. Siinä tapauksessa, että hoito jatkuisi yli kolme vuotta, hoidon tarve arvioitaisiin valtion sairaalassa tai yliopistollisen keskussairaalan psykiatrian erikoisalalla ja hoitoon määräämispäätös alistettaisiin TEO:lle, joka päättäisi hoidon jatkamisesta. Hoidon lopettamisesta päättäisi Terveystieteiden tutkimuskeskus. Työryhmä katsoo, että kriminaalipotilaiden kohdalla velvoitteinen avohoito lyhentäisi sairaalahoidon pituutta, vähentäisi uusintarikollisuutta ja psyykkisen voimien huononemisesta aiheutuvia ”ras-kaita” hoitoja sekä näiden henkilöiden kohdalla yleisesti runsasta akuuttipalveluiden käyttöä. Velvoitteisella avohoidolla taattaisiin hoidon struktuurit. Sen käytännön toteutuminen perustuisi yksilöllisesti laadittuun hoito- ja kuntoutussuunnitelmaan, eikä se sinällään poikkeaisi tavanomaisesta hyvästä psykiatrisesta avohoidosta.

Mikäli velvoitteisessa avohoidossa oleva potilas ei noudattaisi hänen kanssaan laadittua suunnitelmaa, hänet voitaisiin lähettää sairaalahoitoon ilman erillistä tarkkailulähetettä. Sairaalaan toimittamisessa voidaan käyttää poliisin virka-apua mielenterveyslain mukaisesti. Mielenterveyslain virka-apusäännöstä joudutaan mahdollisesti tarkentamaan huomioon ottaen työryhmän ehdotukset. Sairaalassa arvioitaisiin tahdosta riippumattoman hoidon tarve MTL:n säännösten ja menettelytapojen mukaan huomioiden kuitenkin yllä oleva kriminaalipotilaita koskeva laajennus. Mikäli mielenterveyslain 4 a luvun mukaisia perusoikeuksien rajoittamista edellyttäviä toimia tarvittaisiin, ne toteutettaisiin sairaalahoidossa.

Laaditaan sairaanhoitopiiri-kohtaiset mallit kriminaalipotilaiden hoidon järjestämisestä. Velvoitteinen avohoito toteutuisi potilaan kotipaikkakunnan mukaisen sairaanhoitopiirin psykiatrisen hoidon puitteissa, mutta hoidon toteuttamisessa ja ohjauksessa olisi mukana myös hoidosta vastannut valtion sairaala tai yliopistollinen sairaala, joka olisi käytettävissä mm. konsultoivana yksikkönä. Arviot velvoitteisen avohoidon jatkamisesta tehtäisiin siinä sairaalassa, mistä potilas on kotiutunut ja missä katsotaan olevan riittävä asiantuntemus. Kun harkitaan velvoitteisen avohoidon lopettamista, arvio tehtäisiin valtion sairaalassa tai yliopistollisen keskussairaalan psykiatrian erikoisalalla.

Vankilasta vapautumisvaiheessa valvotun koevapauden piiriin voi 1.10.2006 voimaan tulevan ns. vankeuslakipaketin mukaan tulla sellaisia lievemmin psyykkisesti häiriintyneitä henkilöitä, joita ei voida määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon ja joita voidaan hoitaa avohoidossa tiettyjen heidän kanssaan yhteistyössä tehtyjen sopimusten puitteissa. Erityistä huomiota tulisi rangaistusajan suunnitelmassa kiinnittää sellaisiin vankilasta vapautuviin henkilöihin, jotka ovat vapautuessaan tahdosta riippumattoman psykiatrisen sairaalahoidon tarpeessa. Heidän tarvitsemiensa mielenterve-

yspalveluiden valmiuksia parantaisi, jos olisi laadittu paikalliset ja alueelliset mielenterveyspalveluiden kokonaissuunnitelmat.

Täydentävä lausuma

Työryhmä tuli arvioida rikoksesta syytetyn ja rangaistukseen tuomitsematta jätetyn tutkimista ja hoitoa koskevien mielenterveyslain säännösten asianmukaisuus ja sijainti. Katson, että työryhmän työssä tämä osa tehtävää jäi vähäiselle huomiolle. Eduskunta on kuitenkin jo vuonna 1994 edellyttänyt lausumassaan mielenterveyslain, lääninoikeuslain ja maksuttomasta oikeudenkäynnistä annetun lain muuttamisesta (He 226/1994 vp, Eduskunnan vastaus), että rikosoikeudellisten syyntakeisuussäännösten uudistamisen yhteydessä harkitaan myös kriminaalipotilaita koskevien säännösten laaja-alaista uudistamista kansainvälisten kokemusten pohjalta.

Useimmissa Euroopan maissa tuomioistuin päättää kriminaalipotilaiden hoitoon määräämisestä ja asiaa koskeva lainsäädäntö sisältyy rikoslakiin. Tätä menettelyä puoltavat tehtävän sidokset yhteiskunnan oikeudenkäyttöön ja riippumattomaan tuomioistuimeen sekä yhteiskunnan turvallisuustressi. Katson, että tuomitsematta jätettyjen rikollisten tahdonvastaista hoitoa koskevat säännökset ja niiden sijainti vaatisivat perusteellisempaa uudistamista ennen tämän potilasryhmän avohoidon laajentamista tai uusien ryhmien ottamista kriminaalipotilaan statuksella tahdonvastaisen hoidon piiriin. Jo ennen näitä lainsäädäntömuutoksia tulisi tehtävän rahoitusvastuu siirtää kunnilta valtiolle.

Tuula Taskula

Suomen Kuntaliitto

Lähteitä

- Arinen S., Häkkinen U., Klaukka T., Klavus J., Lehtonen R., Aro S. (1998) Suomalaisten terveys ja terveyspalvelujen käyttö. Terveystieteiden tutkimuksen 1995/96 päätulokset ja muutokset vuodesta 1987. Stakes, Kela, Helsinki.
- Broner N, Mayrl D W, Landsberg G (2005). Outcomes of Mandated and Nonmandated New York City Jail Diversion for Offenders with Alcohol, Drug, and Mental Disorders. *The Prison Journal*, Vol. 85, No. 1, 18-49.
- Eronen M: *Psychiatric Disorders and Homicidal Behavior in Finland*. Kuopion yliopiston julkaisuja D. Lääketiede 130. Kuopio: Kuopion yliopiston painatuskeskus, 1997.
- Hakola P, Vartiainen H: Kriminaalipotilaiden vakavat rikosresidiivit. *Suomen Lääkärilehti* 1988;43:827-832.
- Häkkinen U., Asikainen K., Linna M. (1996) Terveyspalvelujen tarve ja kustannukset alueittain sekä sairaaloiden tuottavuus 1990-luvulla. *Aiheita* 45, Stakes, Helsinki.
- Kauppinen S., Niskanen T. (2003) Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveydenhuollossa. Raportteja 274. Stakes, Helsinki.
- Kisely S, Campbell L A, Preston N. "Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders (Review)." *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, no. 3 (2005).
- Lappi-Seppälä T. Syyntakeettomuussäännösten soveltamiskäytäntöjen tutkimisesta. Työryhmän kokouksessa 14.3.2005 pidetty esitys.
- Mielonen M-L. (2000) Psykiatrisen hoito: Mistä ja mihin suuntaan? Väitöskirja. *Acta Universitatis Ouluensis D 618*, Psykiatrian klinikka, Oulun yliopisto, Oulu.
- Mäki, Jukka (2005). Esitys työryhmän kokouksessa 26.1.2005
- Nenonen M., Tuori T., Pelanteri S., Kautiainen H. (2001) Psykiatrian erikoisalan kolme vuosikymmentä 1970–1999. *Suomen Lääkärilehti* 33, vsk. 56, 3227–3233.
- Repo E, Hellbom E (1995). Kriminaalipotilaiden avohoito keskeytyy liian nopeasti. *Suomen Lääkärilehti* 22-23, 2340-4.
- Salize, Hans Joachim, ja Harald Dreßing. *Placement and treatment of mentally disordered offenders - legislation and practice in the European Union*. Dustri, 2005
- STM (1988), Sosiaali- ja terveysministeriö: Ehdotus laiksi mielenterveystyöstä. *Virkamiestyöryhmän muistio*.
- STM (2000), Sosiaali- ja terveysministeriö: Mielekäs elämä, Mielenterveyspalvelujen kehittämissuosituksat. *STM:n julkaisuja* 2000:4.
- STM (2003a), Riitta-Kerttu Kaltiala-Heino: Alaikäisten tahdosta riippumaton hoito, Mitä mielen-terveyslain käsite vakava mielenterveyden häiriö alaikäisillä tarkoittaa. *STM:n selvityksiä* 2003:7
- STM (2003b), Sosiaali- ja terveysministeriö: Mielekäs elämä! -ohjelman loppuraportti. *STM:n selvityksiä* 2003:8.
- STM (2004), Sosiaali- ja terveysministeriö: Työnjako ja työnrasitus mielenterveystyössä. *STM:n työryhmämuistio* 2004:5.
- STM (2005), Erna Snellman, Markku Pekurinen: Erityisen kalliit ja vaativat hoidot. *STM:n julkaisuja* 2005:18.

Suomen psykiatriyhdistys r.y. (1997). DSM-IV diagnostiset kriteerit.

Swartz M S, et al. (1999). Can involuntary outpatient commitment reduce hospital recidivism?: findings from a randomized trial with severely mentally ill individuals. *American Journal of Psychiatry* 156:1968-1975, December.

Terveystieteiden tutkimuskeskus. Selvitysmiesraportti I ja II.

Tiihonen J, Hakola P, Eronen M, Vartiainen H, Ryytänen O-P: Risk of homicidal behavior among discharged forensic psychiatric patients. *Forensic Science International* 1996;76:123-129.

Voutilainen A, Sourander A, Lundström B (2004). Lasten tarkkaavuus- ja yliaktiivisuushäiriö neuropsykiatrisena ongelmana. *Duodecim* 120(22):2672-9

Liitteet

Liite 1. Kriminaalipotilaita koskeva lainsäädäntö ja käytännöt Euroopassa

Liite 2. Kriminaalipotilaat 9.11.2004 ja vuonna 2004 loppuneet kriminaalipotilaiden hoidot

Liite 3. Kriminaalipotilaiden hoitoajat vuosina 1995 – 2005 Niuvanniemen sairaalassa

Seuraavat liitteet vain muistion sähköisessä versiossa:

Eila Tiihonen, Jari Tiihonen. Täydennysasiakirja mielenterveyslain kriminaalipotilaita koskevia säädöksiä pohtivan työryhmän kokoukseen 9.9.2005.

Eila Tiihonen, Jari Tiihonen. Lausunto Oikeusministeriölle 7.9.2000.

Eila Tiihonen, Jari Tiihonen. Lausunto mielenterveyslain muutostarpeesta 12.11.2003.

Liite 1. Kriminaalipotilaita koskeva lainsäädäntö ja käytännöt Euroopassa

Huolimatta EU:n johtamasta suuntauksesta yhtenäistää mielenterveyden hoitojärjestelmiä ja lainsäädäntöä psyykkisistä ongelmista kärsivien rikoksenteijöiden hoitoonohjaus ja hoitokäytännöt vaihtelevat huomattavasti eri EU-jäsenvaltioissa. Seuraava katsaus perustuu suuressa määrin Euroopan komission rahoittamaan selvitykseen psyykkisesti häiriytyneiden rikoksenteijöiden hoitoa ja sijoittamista koskevasta lainsäädännöstä ja käytännöistä EU:n jäsenmaissa (Salize & Dreßing 2005).

Ruotsi

Rikoslain 30 luvun 6 §:n mukaan vakavan mielenterveyden häiriön alaisena toiminutta rikollista ei saa tuomita vankilaan. Hänet voidaan tuomita kuitenkin muuhun seuraamukseen tai jättää seuraamuksetta, jos oikeus katsoo, ettei muuta seuraamusta ei tule tuomita. Oikeus voi määrätä ("luovuttaa", överlämna) vakavasta mielenterveyshäiriöstä kärsivän tekijän oikeuspsykiatriseen hoitoon.

Vakava mielenterveyden häiriö on oikeudellinen termi, ja se pitää sisällään psykoottiset häiriöt ja myös vaikeat persoonallisuushäiriöt, joihin liittyy psykoottisia episodeja, sekä masennuksen, jossa on mukana itsetuhoisuuden riski.³

Psykiatriseen sairaalahoitoon voidaan tuomita vain henkilö, jonka rikos olisi normaalioloissa johtanut vankeuteen, eli hoitoseuraamus on kytketty rikoksen vakavuuteen. Rikoslaisissa ei ole määritelmää syyntakeettomuudesta tai alentuneesta syyntakeisuudesta, vaan rangaistuksen mittaamissäännöksissä tuomioistuimelle on jätetty mahdollisuus lieventää rangaistusta, mikäli henkilön kyky kontrolloida käyttäytymistään on mielenterveydellisistä tai muista vastaavista syistä alentunut.

Psyykkisesti sairaiden rikoksenteijöiden hoitoa koskevat vuonna 1992 voimaan tulleista laeista 1991:1128 (lag om psykiatrisk tvångsvård) ja 1991:1129 (lag om rättspsykiatrisk vård). Tuomioistuin päättää syytetyn tuomitsemisesta psykiatriseen hoitoon. Tuomiosta ilmoitetaan tuomitun asuinalueen terveydenhuollosta vastaavalle viranomaiselle, joka päättää henkilön sairauden vaikeusasteen ja vaarallisuuden perusteella hoitopaikan. Terveydenhuollon viranomaiset päättävät myös henkilön lomista ja sairaalahoidon päättymisestä, ellei tuomioon ole liitetty mainintaa erillisestä kotiuttamislausunnosta. Mikäli tuomioistuin katsoo, että henkilön riski uusien rikoksensa on suuri, oikeudelle on toimitettava kotiuttamislausunto ennen hoidon lopettamista. Näissä tapauksissa (noin 80 % kriminaalipotilaista), hallinto-oikeudellinen lääninoikeus (länsrätt) päättää sekä lomista että kotiut-

³ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård, SOSFS 2000:12 (M):

Allvarlig psykisk störning

Allmänna råd

Som allvarlig psykisk störning enligt 3 § första stycket 1 lagen (1991: 1128) om psykiatrisk tvångsvård och 4 § första stycket 1 lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård bör räknas

- psykos, dvs. tillstånd med störd verklighetsuppfattning och med något av symtomen förvirring, tankestörning, hallucination och vanföreställning,
- depression med självmordsrisk,
- svår personlighetsstörning med impulsgenombrott av psykotisk karaktär eller annan psykotisk episod, och
- svår psykisk störning med starkt tvångsmässigt beteende.

I vissa fall kan kleptomani, pyromani och sexuella perversioner utgöra en allvarlig psykisk störning.

Om en psykisk störning är allvarlig eller inte bör bedömas utifrån både störningens art och grad. Med art avses sjukdomstypen och grad syftar på den psykosociala funktionsnivån och på hur svåra symtomen är.

tamisesta. Myös syyttäjän mielipidettä on kuultava lomia tai kotiuttamista suunniteltaessa. Hoitoajan pituus määräytyy siis henkilön terveydentilan ja vakavien rikosten uusimisriskin perusteella, ja hoitoajat vaihtelevat kuukaudesta 25 vuoteen. Sairaalahoidon jälkeen henkilöä seurataan tarvittaessa psykiatrisen avohoitotiimin ja lähiomaisten yhteistyönä. Jälkihoidon on kuitenkin todettu olevan puutteellista. Syynä on yleensä pian vapaaksi pääsyn jälkeen alkava päihteidenkäyttö ja sen myötä motivoitumattomuus hoitoon.

Ruotsissa tehdään vuodessa noin 700 mielentilatutkimusta. Tutkituista noin 300:n todetaan tarvitsevan tahdosta riippumatonta hoitoa (80 %:lla arvioidaan olevan uusimisriski rikoksen suhteen). Oikeuspsykiatrisessa hoidossa on noin 1400 potilasta, heistä 350 paikallisissa yksiköissä ja 400 ehdonalaisvalvonnassa. Keskimääräinen hoitoaika on 4,5 vuotta.

Tanska

Kriminaalipotilaita koskeva lainsäädäntö on vuonna 1930 säädetyssä rikoslaissa. Tämän lain mukaan (16 §) henkilöä ei voida rangaista, mikäli hän on syytteenalaisen teon aikaan ollut syyntakeeton johtuen mielisairaudesta, siihen verrattavasta tilasta tai vaikea-asteisesta kehitysvammaisuudesta. Tällöin henkilö useimmiten määrätään hoitoon rikoslain 68 §:n mukaan. Turvatoimien tarpeesta riippuen hoito voidaan toteuttaa joko avohoitona tai sairaalahoitona. Kriminaalipotilaista 75 % sairastaa skitsofreniaa, 10 % on ei-psykoottisia. Vuodesta 1989 alkaen kriminaalipotilaiden määrää on seurattu, sekä insidenssiä että prevalenssia. Määrä on ollut jatkuvassa nousussa, viime vuosina nousu on ollut noin 11 %. Syynä tähän arvioidaan olevan sen, että psykiatristen vuodepaikkojen määrä on vuodesta 1980 vuoteen 2004 laskenut noin 8 000:sta 3750:een. Kriminaalipotilaita on tällä hetkellä 1650. Vuoteen 2000 asti hoitoon määrääminen oli aikarajoittamaton, vuodesta 2000 eteenpäin hoitoon määräämiset ovat olleet aikarajoitteisia. Oikeus päättää sekä sairaalahoitoon määräämisestä että poispäästämisestä.

Norja

Uusi kriminaalilainsäädäntö koskien mielisairaita rikoksentekejiä otettiin käyttöön vuonna 2002. Sen mukaan, mikäli henkilö on ollut syytteenalaisen teon hetkellä psykoottinen, tiedottomassa tilassa tai vaikea-asteisesti kehitysvammainen (ÄO alle 55), häntä ei voida pitää syyntakeisena. Mikäli kyseessä on tietynlainen väkivaltarikos ja uusiutumisen riski nähtävissä, syytetty voidaan tuomita psykiatriseen hoitoon tai kehitysvammaishuoltoon. Tuomiota ei pidetä rangaistuksena, vaan tuomioistuimen määräyksenä terveydenhuollon viranomaisille antaa näille henkilöille asianmukaista terveydenhuoltoa. Oikeuden määräys pitää vahvistaa oikeuden toimesta joka kolmas vuosi.

Psykoottistasoisesti psyykkisesti sairas syyntakeettomaksi oikeudessa todettu henkilö voidaan siis rikoslain 39 §:n mukaan tuomita psykiatriseen hoitoon. Kehitysvammainen henkilö voidaan määrätä pakkohoitoon 39 a §:n mukaan. Mikäli henkilö ei ole psykoottinen, mutta hän on kuitenkin sillä tavalla sairas, että sairauden katsotaan alentaneen hänen kykyään ymmärtää syytteenalaista tekoaan, hänen tuomiotaan voidaan mielentilalausannon johtopäätelmistä riippuen alentaa 56 c §:n mukaan.

Hoitoon tuomittujen psykoottistasoisesti sairaiden henkilöiden hoito toteutuu eri psykiatrisissa sairaaloissa, mutta hoidossa olevien määrästä, sijoituspaikasta ja hoidon luonteesta ei ole olemassa tilastoja tai seurantaa, mitä Norjan oikeuspsykiatrian edustajat pitävät ongelmana. Määrän arvioidaan olevan 60-90. On arvioitu, että mielisairaalaapaikkojen vähentäminen on heikentänyt mahdollisuuksia potentiaalisesti vaarallisten psykoottisten henkilöiden pitkäjänteiseen seurantaan.

Islanti

Mikäli henkilön katsotaan olleen syytteenalaisen teon aikana psykoottistasoisesti häiriintynyt, häntä ei voida tuomita vankilaan. Lievempiasteinen psyykinen häiriintyneisyys voi vaikuttaa rangaistus-seuraamuksiin lieventävästi. Aikaisemmin islantilaisia kriminaalipotilaita oli hoidossa Norjassa ja Ruotsissa heidän harvalukuisuutensa vuoksi, mutta Ruotsin muuttunut lainsäädäntö asetti Islannille paineita perustaa oma psykiatrinen klinikka huolehtimaan psyykkisesti häiriintyneiden lainrikkokojen hoidosta. Perustettiin Song-klinikka, jossa on seitsemän potilaspaikkaa.

Islannissa mielentilatutkimuksia tehdään 15-25 vuodessa. Tuomioistuin päättää henkilön määräämisestä psykiatriseen hoitoon, ja käytännöksi on muodostunut, että anottaessa oikeudelta lupaa hoidon lopettamiseksi henkilön terveydentilasta pyydetään uusi lääkärintlausunto. Tuomioistuin voi asettaa hoidon lopettamisen ehdoksi esimerkiksi velvoitteen tarpeelliseksi katsotun lääkityksen käyttämisestä avohoidossa.

Englanti ja Wales

Kriminaalipotilaita koskeva lainsäädäntö löytyy pääosin mielenterveyslaista, joka on sama kuin siviilipotilaidenkin kohdalla käytettävä lainsäädäntö. Syytetyn voidaan katsoa olevan syyntakeeton mielisairauden perusteella. Lievempi psyykinen häiriintyneisyys saattaa johtaa tuomion alenemiseen. Murhasta ainoa mahdollinen tuomio on elinkautinen vankeusrangaistus. Tämä pohjautuu poliittisiin tekijöihin ja sisältää paljon epäjohdonmukaisuuksia, mm. koska tuomiossa ei oteta juurikaan huomioon tapahtumahetkeä ja olosuhteita. Silloin kun mielisairas henkilö on syytettynä murhasta puolustus yleensä vetoaa henkirikoslakiin (Homicide Act 1957), jolloin syytetyn syyntakeisuus voidaan todeta alentuneeksi ja murha sen myötä muuttuu tapoksi. Tapoissa tuomioistuin voi soveltaa useita eri rangaistuksia ja näin myös sairaalaan sijoittaminen mielenterveyslain mukaan on mahdollista.

Tuomioistuimella on oikeus määrätä psyykkisesti häiriintynyt tuomittu sairaalahoitoon mielenterveyslain 37 §:n perusteella. Tällöin kyseessä tulee olla rikos, josta normaalisti seuraisi vankeusrangaistus, ja hoitomääräys siis korvaa vankeus- tms. rangaistuksen. Ennen päätöstä kahden lääkärin tulee tutkia potilas ja olla yksimielisiä päädiagnoosista, jonka tulee olla mielisairaus, vaikeaasteinen kehitysvammaisuus tai psykopaattinen persoonallisuuden häiriintyneisyys. Lisäksi jotta hoitomääräys voidaan laittaa täytäntöön lääkäreiden on vakuutettava oikeus joko suullisesti tai kirjallisesti seuraavista seikoista:

1. syytetty kärsii mielisairaudesta, joka soveltuu hoidettavaksi sairaalassa
2. psykopaattisen persoonallisuuden häiriintyneisyyden ja kehitysvammaisuuden kohdalla sairaalahoito helpottaisi tai estäisi tilan huononemisen
3. tämä on sopivin toimintatapa, kun otetaan huomioon rikos ja rikoksentekijän tila sekä rikostausta
4. syytettyä hoitava psykiatri tai muu hoitolaitoksen edustaja todistaa, että he lupaavat hoitaa henkilöä ja tarjota hänelle hoitopaikka 28 päivän sisällä tuomiosta

Hoitoon määräyksellä henkilö siirtyy rangaistussysteemistä sairaalasysteemiin ja samalla terveydenhoitoviranomaisten ratkaisuvallan piiriin. Henkilö voidaan pitää hoidossa kuusi kuukautta, ellei hoitava psykiatri tee päätöstä hoidon jatkamisesta.

Vakavissa rikoksissa tuomioistuimella on mahdollisuus mielenterveyslain 41 §:n mukaan määrätä sairaalamääräyksen lisäksi ns. rajoitussääntö. Tämän säännön asettamisen edellytyksenä on, että henkilöä pidetään vaarallisena, ja rajoitussäännöllä pyritään suojelemaan yhteiskuntaa. Tällöin päätös hoidon lopettamisesta siirtyy hoitavalta psykiatrilta sisäministeriölle (Home Office) tai itsenäiselle mielenterveystarkastustuomioistuimelle (Mental Health Review Tribunal). Rajoitussääntö pi-

tää sisällään myös ehdollisen vapauttamisen sairaalasta, jona aikana henkilön tulee noudattaa mielenterveysveto-omistustuomioistuimen (Mental Health Appeal Tribunal) määrittämiä ehtoja. Ehtojen rikkominen saattaa johtaa uudelleen sairaalaan joutumisen, mikäli mielentilassa tapahtuu huononemista. Sairaalahoitoon jälkeinen valvonta kestää normaalisti viisi vuotta, mutta sitä voidaan tapauksesta riippuen pidentää tai lyhentää. Tämän velvoitteisen jälkihoidon mahdollisuuden vuoksi psykiatrit usein suosittelevat henkilölle rajoitussääntöä. Ongelmallisena koetaan vaikeus määrittellä, onko henkilö edelleen vaarallinen vai ei. Hoidot koetaan usein myös liian pitkiä.

Hollanti

Hollannissa on viisi syyntakeisuusluokkaa: syyntakeinen, kolme alentuneen syyntakeisuuden luokkaa ja syyntakeeton. Rikoslain 37 §:n perusteella mielenterveydeltään sairastaneet rikoksentehtäjät pyritään saamaan hoidon piiriin. Kun henkilö on syytteessä vakavasta rikoksesta ja hänen oletetaan kärsineen teon aikaan mielisairaudesta tai esim. ”patologisesta mielentilasta”, jonka vuoksi hän ei ehkä olisi täysin syyntakeinen, tuomioistuin voi pyytää hänen mielentilansa arviota. Syyntakeisuuden lisäksi arvioinnissa otetaan kantaa häiriön ja teon väliseen yhteyteen.

Mikäli henkilön syyntakeisuus on alentunut tai hän on syyntakeeton ja jos hän on lisäksi vaarallinen, oikeus voi määrätä hänen kohdallaan otettavaksi käyttöön ns. TBS-määräyksen (placing at disposal⁴). Tavallisesti henkilö saa tällöin ensin kärsittäväkseen tuomion ja vasta kärsittyään tietyn osan tuomiosta hänet siirretään TBS-hoidon piiriin. Tuomion pituus riippuu henkilön syyntakeisuuden asteesta, ja selvästi psykoottiset henkilöt pyritään siirtämään sairaalahoitoon mahdollisimman pian vakavienkin väkivallantehtojen jälkeen. TBS määrätään yleensä ensin kahdeksi vuodeksi, mutta sitä voidaan jatkaa vuosi tai kaksi vuotta kerrallaan oikeuden päätöksellä. Yli neljä vuotta jatkuvan TBS:n taustalla on oltava väkivaltarikos ja henkilöä on pidettävä vaarallisena yleiselle turvallisuudelle. Mikäli TBS:n jatkumistarpeen katsotaan ylittävän kuusi vuotta jatkamispäätökseen tarvitaan ulkopuolinen arvio. Periaatteessa TBS voi jatkua rajattoman pitkän ajan, jos kriminaalitekoon on liittynyt väkivaltaa. Myös käytännössä erittäin pitkiä hoitoja on toteutunut, keskimääräinen hoitoaika on 7 – 9 vuotta.

Lievemmissä tapauksissa TBS voidaan määrätä myös avohoitona, vakavimmissa tapauksissa vankilatuomion jälkeen. Avohoitoon voi liittyä kotikäyntejä ilman ennakkosopimusta, alkoholi- ja huume-terestejä ym. valvontaa.

Saksa

Rikoslaisissa on määriteltä, että vain tekonsa suhteen syyntakeinen henkilö voidaan tuomita teostaan rangaistukseen (henkilö, joka on rikosta tehdessään ymmärtänyt tekonsa oikeudenvastaisuuden ja ollut vapaa päättämään rikoksen tekemisestä tai tekemättä jättämisestä). Syyntakeettomuuteen johtava tilanne syntyy, mikäli henkilö on ollut teon aikana kykenemätön ymmärtämään käytöksensä oikeudenvastaisuutta tai toimimaan ymmärryksensä mukaisesti johtuen psykoosista, vastaavanlaisesta vakavasta mielenterveyden häiriöstä, syvästä tajunnanhäiriöstä, vajaamielisyydestä tai muun tyyppisestä vakavasta mielenterveyden poikkeavuudesta. Saksassa on muodostunut kahden polun rikosoikeudelliseen järjestelmään: henkilöt, jotka ymmärtävät tekonsa oikeudenvastaisuuden, saavat ajallisesti rajatun rangaistuksen; henkilöt, jotka eivät ymmärrä tekonsa oikeudenvastaisuutta ja ovat vaarallisia, määrätään aikarajoittamattomaan seuraamukseen. Järjestelmä mahdollistaa henkilön tarpeista lähtevän terveydenhoidon rangaistuksen sijaan ja pyrkii samalla suojelemaan yhteiskuntaa mahdollisilta uusilta rikoksilta. Oikeus voi edellytysten täytyessä määrätä henkilön rikoslain 64 §:n

⁴ Tässä samoin kuin eräissä muissa kohdissa olemme alkukielisten termien asemesta käyttäneet samoja englanninkielisiä termejä, joita lähteissämme on käytetty.

tai 64 §:n mukaisesti hoitoon.

Mikäli henkilön kyvyn ymmärtää tekonsa oikeudenvastaisuutta on tekohetkellä ollut huomattavasti alentunut, hänen rangaistustaan voidaan lieventää rikoslain 49 §:n mukaisesti. Hänet voidaan määrätä hoidon jälkeen toteutettavaan ”täydentävään vankeuteen”.

Liittovaltion lait säätävät hoitotoimenpiteiden valmistelun ja loppuunsaattamisen, mutta näiden säädösten toteutus riippuu osavaltion laeista. Jotkut osavaltiot ovat yhdistäneet kriminaalipotilaiden hoitoonohjauksen ja hoidon yleisiin mielisairaita koskeviin lakeihin, osalla on erillinen lainsäädäntö siviili- ja kriminaalipotilaille.

Belgia

Belgiassa mielisairaita rikoksentekejiä koskeva hoito ja laitokseen sijoittaminen on määrätty sosiaalisen suojelun laissa (the Social Protection Act of 1st July 1964), joka koskee normaalista poikkeavia ja taparikollisia sekä joitakin seksuaalirikollisia (abnormal offenders, habitual offenders and certain sexual offenders). Tässä laissa on määritelty myös syyntakeettomuuden ehdot. Mikäli henkilö on syyntakeeton, otetaan hänet turvasäilöön (intern) laitokseen.

Turvasäilöön sulkeminen ei ole rangaistus vaan ennemminkin yhteiskunnan suojeluun tähtäävä toimenpide, joka voidaan määrätä ennalta määrittelemättömäksi ajaksi. Oikeus tekee turvasäilöön sulkemispäätöksen, joka perustuu laajaan psykiatriseen mielentilalausuntoon. Tämän jälkeen eristettyä henkilöä koskevat päätökset tekee Sosiaalisen suojelun komitea.

Vuoden 1964 laki on tällä hetkellä tarkastelussa mahdollisia muutoksia varten.

Luxemburg

Luxemburgissa tahdonvastainen hoito kuuluu mielenterveyslain piiriin. Vuonna 2000 laki muutettiin koskemaan myös mielisairaiden rikollisten hoitoonohjausta.

Mielisairaus määritellään § 71:ssä ja käsitteistö kattaa kaikki lääketieteelliset määritelmät mielisairauksista, kuitenkin niitä tarkemmin luettelematta. Luxemburgin § 71-1 ja 71-2 ovat samanlaiset kuin Ranskan rikoslain §122- ja 122-2.

Laitoshoidosta kotiuttamisen jälkeen ehdollinen valvonta ja avohoito jatkuvat. Erityiskomissio päättää tämän jakson kestosta. Jos ehtoja ei noudateta tai henkilö käyttäytyy jälleen vaarallisesti, hänet palautetaan takaisin laitoshoidon.

Itävalta

Itävallan laissa ”halu vahingoittaa” (”will to harm”) on syyntakeisuuden edellytyksenä. Rikoslain § 11 mukaan toiminnan harkinnan kontrollikyvyn puuttuminen rikoksentekohetkellä orgaanisesta psykoosista, vakavasta kehitysvammasta tai muusta vastaavasta sairaalloisesta mielentilasta johtuen tekee henkilöstä syyntakeettoman. Alentuneesta syyntakeisuudesta ei ole mainintaa lainsäädännössä.

Oikeus julistaa syytetyn syyntakeettomaksi, jolloin häntä ei voi rangaista. Oikeusministeriön vastuulla on päättää, miten ja minne syytetty sijoitetaan hoitoon. Alueellinen rikostuomioistuin tarkistaa kerran vuodessa jokaisen mielenterveysongelmien takia vankilan sijasta hoitoon ohjatun henkilön mielentilan.

Irlanti

Irlannin mielisairaita rikoksentekejiä koskeva lainsäädäntö on saanut paljon vaikutteita Iso-Britannian lainsäädännöstä. Irlannin oikeuspsykiatrinen palvelujärjestelmä on läpikäymässä suuria muutoksia.

Rikoslain mielenterveyteen liittyvä lakiehdotus 2002 (Criminal Law Insanity Bill 2002) koskee mielisairaiden rikosten tekijöiden oikeudenkäyntiä ja pidätystä (detention). Lakiuudistus sisältää muutoksia mm. mielisairaudesta käsitteeseen, vankila ja -hoitolaitosrakenteeseen sekä ehdotuksen mielenterveyslautakunnan perustamisesta.

Ranska

Ranskan nykyinen rikoslaki sisältää vain täyden syyntakeisuuden (full criminal responsibility) tai sen täyden puutteen (total lack of criminal responsibility) käsitteet, jotka määritellään artiklassa 122-1. Alentuneesta syyntakeisuudesta ei ole mainintaa. "Syyntakeisuuden puutetta" ei ole määritelty laissa tarkasti, eikä laki myöskään sisällä tarkkoja ohjeita psykiatreilla siitä, miten mielentilatutkimus tulisi suorittaa ja kuinka johtopäätökset muodostetaan.

Ranskan lainsäädännössä ei ole erityisiä sääntöjä mielisairaiden potilaiden hoidosta, mutta heihin sovelletaan vastentahtoisesti laitokseen sijoittamiseen liittyviä säännöksiä.

Nykyisessä lainsäädännössä on puute, joka näkyy jokapäiväisissä käytännöissä: Siviili- tai kriminaalipotilaalla on mahdollista kieltäytyä hoidosta, eikä ole olemassa selviä sääntöksiä, jotka antaisivat lääkäreille luvan toteuttaa hoitoja edes suljetuilla osastoilla.

Italia

Italiassa ei ole erikseen määriteltyä mielenterveyslakia. Nykyinen mielisairaita rikoksentekejiä koskeva lainsäädäntö on pääosin vuodelta 1930, tavallisen psykiatrian palveluita taas on uudistettu useasti. Italiassa nähdäänkin välttämättömäksi yhdistää hallinnollisen ja rikoslainsäädännön välille syntynyt halkeama.

Tuomari nimeää asiantuntijan selvittämään potilaan tilaa ja kertomaan, tarvitseeko syytetty hoitoa. Myös syyttäjä ja puolustus voivat nimetä omat asiantuntijansa. Lopullinen päätösvalta syytetyn syyntakeisuudesta ja vaarallisuudesta on tuomioistuimella.

Jos syytetyn todetaan olevan täysin syyntakeeton ja häntä pidetään vaarallisena, hänet määrätään oikeuspsykiatriseen sairaalaan ajaksi, joka vaihtelee rikoksen mukaan (kaksi, viisi tai kymmenen vuotta). Jos taas syytettyä ei pidetä vaarallisena, hän pääsee vapaaksi ja aloittaa tavallisen psykiatrisen hoidon. Jos syytetty todetaan alentuneesti syyntakeiseksi ja vaaralliseksi, tuomiota joko lyhennetään kolmasosalla tai syytetty lähetetään oikeuspsykiatriseen sairaalaan, jossa hän on puolet tuomiostaan ja loput vankilassa.

Italian järjestelmässä on ongelmia, jotka vaatisivat merkittäviä muutoksia rikoslakiin.

Tällä hetkellä parlamentissa on vireillä neljä psykiatrista uudistusta koskevaa lakialoitetta ja on perustettu työryhmä käsittelemään rikoslain uudistuksia, koskien mm. mielentilan arviointia, syyntakeisuutta ja mielisairaiden rikoksentekejiä hoitoon sijoittamista.

Portugali

Mielisairaita rikoksentekejiä koskeva lainsäädäntö löytyy rikoslaista, jossa on eritelty rangaistus- ja turvatoimet (security measures), joista ensimmäinen koskee syyntakeisia rikoksentekejiä ja jälkimmäistä sovelletaan syyntakeettomiin rikoksentekejiin. Turvatoimissa henkilöä pyritään hoita-

maan, jotta vaarallinen käytös ei jatkuisi. Laki sisältää termin psyykkinen poikkeavuus ("psychological anomaly"), jota ei ole määritelty tarkasti, mutta se sisältää kaiken tyyppiset mielisairaudet (mental disorders).

Portugalin lainsäädännössä on neljä syyntakeisuuden tasoa: täysi syyntakeisuus, alentunut syyntakeisuus, hieman alentunut syyntakeisuus ja syyntakeettomuus.

Selvityksen syytetyn mielentilasta tekevät kansallisen Instituutin nimeämät asiantuntijapsykiatrit. Lain mukaan tuomarit eivät ole vapaita määräämään täysin asiantuntijoiden lausuntoa vastaan. Tuomari voi kuitenkin pyytää selvennystä tai uutta lausuntoa. Näin pyritään luomaan tasapainoa lääketieteellisen ja oikeudellisen päätöksenteon välille.

Mielenterveyslaista on keskusteltu Portugalissa viimeaikoina, yksi pohdittavista aiheista on ollut velvoittavan avohoidon puute.

Espanja

Vuonna 1996 uudistettiin rangaistuslainsäädäntöä ja samalla säädettiin ensimmäistä kertaa säädöksiä oikeuslääketieteellisestä vangitsemisesta.

Mielisairaudesta kärsivä syytetty määrätään yleensä rangaistuslaitokseen, joko yleiselle vankiosastolle tai lääkinnälliselle osastolle, kunnosta riippuen.

Asiantuntijalausunto ei ole tuomioistuinta sitova, mutta tuomion tulee perustua todistettuihin faktoihin ja heijastaa olosuhteita, jotka ovat voineet vaikuttaa rikosentekohetkellä henkilön syyntakeisuuteen. Tuomio voi sisältää syyntakeisuuden puutteen tai muita lieventäviä asianhaaroja.

Häiriön ollessa vakava ja mahdollisesti pysyvä (enduring), vanki laitetaan tarkkailuun ja lääkärin tutkimuksiin. Hoidosta vapautumisen jälkeen henkilö siirtyy käyttämään julkisia terveydenhoitopalveluita.

Kreikka

Mielisairaita rikostentekijöitä koskeva lainsäädäntö löytyy yleisestä rikoslainsäädännöstä, eikä erityistä mielenterveyslakia ole. Jos oikeus toteaa henkilön syyntakeettomaksi ja vaaralliseksi, hänet siirretään julkisen sairaalan holhoukseen (guardianship). Holhouksen tarve on tarkistettava kolmen vuoden välein. Mikäli syyntakeisuuden katsotaan alentuneen ja henkilöä pidetään vaarallisena, hänet sijoitetaan hoitoon oikeuspsykiatriseen sairaalaan tai vankilaan. Tätä määräystä ei käytetä naisille, sillä oikeuspsykiatrisia sairaalat ovat vain miehille. Mielentilatutkimuksen tekee vähintään kaksi psykiatria, jotka valitaan oikeuden kullekin alueelle laatimasta asiantuntijoiden listasta. Lopullisen päätöksen tekevät oikeuden tuomarit, joita asiantuntijaraportti ei velvoita. Myöskin hoidon lopettamisesta ja keskeyttämisestä päättää oikeusviranomainen. Vaikka Kreikan systeemi on vanhanaikainen ja puutteellinen, ei näillä näkymin uudistuksia lakeihin ole suunnitteilla.

Liite 2

Kriminaalipotilaat 9.11.2005 ja vuonna 2005 loppuneet kriminaalipotilaiden hoidot

Sairaanhoitopiiri/sairaala	kriminaalipotilaita hoidossa 9.11.2005	keskimääräinen hoitoaika 9.11.2005 mennessä, päiviä	vuonna 2004 sairaalasta poistettuja	poistettujen hoitoaika, keskiarvo, päiviä
Vanha Vaasa	85	2078	27	1468
Niuvanniemi	156	3034	28	2694
HUS ja Helsinki	38	871	15	715
Keski-Pohjanmaan SHP			1	168
Keski-Suomen SHP	9	1624	1	588
Itä-Savon SHP	9	3579	3	1197
Moision sairaala	3	616		
Etelä-Savon SHP	12	1597		
Pitkämäki	23	2809	1	499
Satakunnan SHP	8	1117	1	347
Vaasan SHP (Huutoniemi)	2	1092		
Pohjois-Karjalan SHP	19	305		
Päijät-Hämeen	2	3423	1	916
Lapin SHP	4	1471	2	910
Visala	9	309	1	3260
Varsinais-Suomen SHP	3	2741		
Turun psykiatria	3	715		
Kuopion yliopistollinen sairaala	1	38	2	3490
Länsi-Pohjan SHP	2	2067		
Etelä-Pohjanmaan SHP	2	1960	1	17
Kymenlaakson SHP	3	608	1	3630
yhteensä	393	2209	85	1737
keskihoitoaika vuosina		6,1		4,8

Huomautus: hoitoajat on laskettu *laitoksen* kirjoihin tulo- ja poistopäivän perusteella. Useiden potilaiden kriminaalipotilasstatus on kestänyt tätä kauemman. Etenkin Vanhasta Vaasasta ja Niuvanniemestä on siirtynyt lukuisia potilaita muihin sairaaloihin. Tässä taulukossa on huomioon ottaa heidän hoitoaikansa vain tässä viimeisessä sairaalassa. Esim Visalan 9:stä hoidossa olleesta potilaasta 8 oli tullut Niuvanniemen sairaalasta. Yhdeksäs taas oli tullut sairaalaan kotoaan noin vuotta aikaisemmin kuin hänet oli määrätty MTL:n 17 §:n mukaiseen hoitoon.

Liite 3

Kriminaalipotilaiden määrät ja hoitoajat vuosina 1995 – 2005 Niuvanniemen sairaalassa

	Sisällä olevat	Hoito-päiviä	Keskiarvo	Mediaani	Ulos kirjatut	Hoito-päiviä	Keskiarvo	Mediaani
1995	209	603956	2890	1970	30	69262	2309	1392
1996	190	526676	2772	1872	31	128499	4145	2943
1997	191	535478	2804	1729	22	60517	2751	2641
1998	178	545813	3066	1896	26	55337	2128	1334
1999	170	529110	3112	1971	29	48551	1674	1059
2000	175	496475	2837	1931	32	50579	1581	839
2001	166	474931	2861	2154	44	84102	1911	1238
2002	167	468289	2804	2129	35	64944	1910	1062
2003	173	501769	2900	1904	25	35824	1433	804
2004	166	470503	2834	1675	28	75430	2694	1657
2005	156	473267	3034	1821	20	35494	1775	1174

	Potilaita yhteensä (sisällä olevat + uloskirjatut)	Hoitopv.	Keskiarvo	Vuotta	Kuukautta
1995	239	673218	2817	7	8,7
1996	221	655175	2965	8	1,5
1997	213	595995	2798	7	8,1
1998	204	601150	2947	8	0,1
1999	199	577661	2903	7	11,6
2000	207	547054	2643	7	2,9
2001	210	559033	2662	7	3,6
2002	201	533233	2653	7	3,3
2003	198	537593	2715	7	5,3
2004	194	545933	2814	7	8,6
2005	196	508761	2595	7	11,2

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖN TYÖRYHMÄMUISTIOITA
SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSMINISTERIETS PROMEMORIOR
WORKING GROUP MEMORANDUMS OF THE MINISTRY OF SOCIAL AFFAIRS AND HEALTH
ISSN 1237-0606

- 2005: 1 Yksityisten sosiaali- ja terveydenhuollon tuottajien rekisterin toteuttamista ohjanneen työryhmän muistio. Osat 1 ja 2.
ISBN 952-00-1632-5 (nid.)
ISBN 952-00-1633-3 (PDF)
- 2 Kansallisen terveydenhuollon hankkeen seurantaryhmän raportti sosiaali- ja terveysministeriölle vuoden 2004 toiminnasta.
ISBN 952-00-1646-5 (nid.)
ISBN 952-00-1647-3 (PDF)
- 3 Kari Reijula. Sairaaloiden kunto ja ilmanvaihto. Selvityshenkilön raportti.
ISBN 952-00-1648-1 (nid.)
ISBN 952-00-1649-X (PDF)
- 4 Jukka Mattila, Marjukka Mäkelä. Tutkimustoiminta terveyskeskuksissa. Nykytila ja tulevaisuus. Selvityshenkilöiden raportti.
ISBN 952-00-1634-1 (nid.)
ISBN 952-00-1635-X (PDF)
- 5 Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan tuottavuusohjelma.
ISBN 952-00-1687-2 (nid.)
ISBN 952-00-1688-0 (PDF)
- 6 Opiskelijaterveydenhuollon tavoitteiden ja sisällön kehittämistyöryhmän muistio.
ISBN 952-00-1695-3 (nid.)
ISBN 952-00-1696-1 (PDF)
- 7 Työryhmän ehdotus naisten ja miesten samapalkkaisuutta edistäväksi ohjelmaksi.
ISBN 952-00-1709-7 (nid.)
ISBN 952-00-1710-0 (PDF)
- 8 Talousvesilaboratorioiden akkreditointia käsittelevän työryhmän muistio. (Ainoastaan verkossa www.stm.fi)
ISBN 952-00-1731-3 (PDF)
- 9 Ravintolat savuttomiksi.
ISBN 952-00-1732-1 (nid.)
ISBN 952-00-1733-X (PDF)
- 10 Valtion korvaus terveydenhuollon toimintayksiköille tutkimukseen ja koulutukseen. Järjestelmän ja rahoituksen kehittäminen.
ISBN 952-00-1738-0 (nid.)
ISBN 952-00-1739-9 (PDF)
- 11 Suomen kansallinen eläkestrategiaraportti 2005.
ISBN 952-00-1754-2 (nid.)
ISBN 952-00-1755-0 (PDF)
- 11eng Finland's National Pension Strategy Report 2005.
ISBN 952-00-1756-9 (print)
ISBN 952-00-1757-7 (PDF)
- 12 Yrittäjien sosiaaliturva 2004 –työryhmän raportti.
ISBN 952-00-1762-3 (nid.)
ISBN 952-00-1763-1 (PDF)

- 13 Maria Grönroos. Tasa-arvon tietopalvelu Suomeen. Informaatio- ja dokumentaatiotoiminnan selvityshenkilön raportti.
ISBN 952-00-1766-6 (nid.)
ISBN 952-00-1767-4 (PDF)
- 14 Ota oppi -malli. Nuorten tukeminen perusopetuksesta jatko-opintoihin. Kuntoutuskokeilun ohjausryhmän muistio.
ISBN 952-00-1780-1 (nid.)
ISBN 952-00-1781-X (PDF)
- 15 Matti Louekoski. Työeläkevakuutusyhtiölain uudistamistarpeet. Selvityshenkilön väliraportti.
ISBN 952-00-1784-4 (nid.)
ISBN 952-00-1785-2 (PDF)
- 16 Janne Metsämäki. Perhevapaista aiheutuvien kustannusten korvauksen kehittäminen. Selvityshenkilön raportti.
ISBN 952-00-1788-7 (nid.)
ISBN 952-00-1789-5 (PDF)
- 16swe Janne Metsämäki. Utvecklande av ersättning för kostnader till följd av familjeledigheter. Utredningsmannens rapport.
ISBN 952-00-1856-5 (inh.)
ISBN 952-00-1957-3 (PDF)
- 17 Kansallisen terveydenhuollon hankkeen seurantaryhmän raportti sosiaali- ja terveysministeriölle kevään 2005 toiminnasta.
ISBN 952-00-1790-9 (nid.)
ISBN 952-00-1791-7 (PDF)
- 18 Naisten täydet poliittiset oikeudet 100 vuotta –toimikunnan raportti.
ISBN 952-00-1858-1 (nid.)
ISBN 952-00-1859-X (PDF)
- 19 Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan toiminnan ja talouden ohjaustyöryhmän muistio
ISBN 952-00-1914-6 (nid.)
ISBN 952-00-1915-4 (PDF)

www.stm.fi

■ SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ

144

