

Kliinilise seksuoloogia kompetentsikeskuse (KSKK) käivitamise eeluuring

MTÜ Eesti Abikeskused ja OÜ Finantsmaailm
Tallinn 2014



Euroopa Liit
Euroopa Sotsiaalfond



Eesti tuleviku heaks

Ajavahemikus juulist 2013 – veebruarini 2014 viis MTÜ Eesti Abikeskused Justiitsministeeriumi ja Sotsiaalministeeriumi algatusel läbi uuringu, mis oli suunatud erinevat liiki seksuaalkurjategijatele ja seksuaalhäbelise käitumisega isikutele tõhusa, järjepideva ja tulemusliku ravi korraldamise analüüsimisele. Uuringu eesmärk oli pakkuda välja kliinilise seksuoloogia kompetentsikeskuse toimimise mudeli põhimõtted. Uuring viidi läbi Riigikantselei tarkade otsuste fondi toel, mida rahastatakse Euroopa Sotsiaalfondist.

Uuringu läbiviijad: MTÜ Eesti Abikeskused ja OÜ Finantsmaailm.

Autorid: dr. Imre Rammul, Patrick Rang, Külli Friedemann, Enelis Linnas, Saskia Kask, Olavi Grünvald ja Kenn Konstabel.

Ekspertidena osalesid dr. Andres Lehtmets, dr. Olev Poolamets ja dr. Ain Aaviksoo.

Tellijaja: Riigikantselei.

Projekti algatajad ja koostööpartnerid: Justiitsministeerium ja Sotsiaalministeerium.

SISUKORD

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----|
| Uuringu lühikokkuvõte | 4 |
| Uuringu läbiviimise taust..... | 6 |
| Uuringu eesmärk ja uurimismeetodid | 10 |
| Eesti valdkondlike strateegiliste dokumentide analüüs..... | 12 |
| Valdkondlike kohtuotsuste analüüs | 20 |
| Ravile pääsemise ja suunamise hetkeolukorra ja seonduva ravipraktika analüüs..... | 23 |
| Teiste riikide KSKK-tüüpi institutsioonide toimimise mudelite analüüs..... | 32 |
| Süva- ja fookusgrupi intervjuude kokkuvõtted..... | 45 |
| Rahastamise lähtekohtade analüüs..... | 53 |
| Ettepanekud rahastamisallikate leidmiseks..... | 55 |
| KSKK investeeringute, tegevuskulude ja -tulude analüüs..... | 62 |
| KSKK toimimise mudeli põhimõtted..... | 76 |
| KSKK mõjuanalüüs | 81 |
| Uuringu kokkuvõte ja KSKK loomisega seonduvad poliitilised soovitused..... | 84 |
| Kasutatud allikate loetelu | 91 |
| LISA 1 Kasutatud kohtulahendite loetelu | 96 |
| LISA 2 Küsimustik..... | 97 |

Uuringu lühikokkuvõte

Ajavahemikus juulist 2013 kuni veebruarini 2014 viis MTÜ Eesti Abikeskused Justiitsministeeriumi ja Sotsiaalministeeriumi algatusel läbi uuringu, mis oli suunatud erinevatele seksuaalkurjategijatele ja seksuaalhäbelise käitumisega isikutele tõhusa, järjepideva ja tulemusliku ravi korraldamise analüüsile. Projekti algatajad ja koostööpartnerid olid Justiitsministeerium ja Sotsiaalministeerium. Uuringu eesmärk oli pakkuda välja kliinilise seksuoloogia kompetentsikeskuse toimimise mudeli põhimõtted. Uuring koosnes Eesti kohtupraktika ja ravipraktika analüüsist, valdkonna ekspertide ning poliitikutega läbiviidud süvaintervjuudest ning teiste riikide praktikatega võrdlemisest. Samuti viidi läbi finantsanalüüs keskuse käivitamise ja toimimisega seotud kulude väljaselgitamiseks. Uuring viidi läbi Riigikantselei tarkade otsuste fondi toel, mida rahastatakse Euroopa Sotsiaalfondist.

Eestis on seksuaalkurjategijate ravi ja rehabilitatsioon ning seksuaalhäbelise käitumisega isikute kompleksne käsitlemine suhteliselt varases arengufaasis. Praegune seksuaalkurjategijate ja seksuaalhäbelise käitumisega isikute ravi ja rehabilitatsiooni võimalused ja korraldus ei ole piisav ning inimressurss on napp ja killustunud erinevate asutuste vahel. Samuti on seksuaalkurjategijate ja seksuaalhäbelise käitumisega isikute juurdepääs erinevatele teenustele piiratud.

Uuringu tulemusena selgus, et kuigi seksuaalkuritegude ja seksuaalhäbelise käitumise temaatikale on Eestis viimastel aastatel hakatud pöörama senisest oluliselt rohkem tähelepanu ning teataval määral on tagatud kõigi vastava valdkonna sihtgruppide ravi ja rehabilitatsioon nii vanglas kui vanglaväliselt, ei taga praegune ravi ja rehabilitatsioon siiski seonduvate probleemide terviklikku ja tulemuslikku lahendamist. Analüüsiti ka teiste riikide selle valdkonna töökorraldust. Samuti viidi läbi intervjuud erinevate spetsialistide, poliitikute ning seksuaalhäbelise käitumisega isikutega. Selgus, et kõige mõistlikum on luua keskus, mis hõlmab kogu selle valdkonna temaatikat. Uuringust tulenevad peamised poliitika soovitusel on järgnevad:

1. Alustada KSKK loomist ja väljaarendamist, et tagada KSKK käivitamine ja toimimine riigieelarvelistest vahenditest.

2. Käivitada seksuaalhälbeline käitumisega isikutele suunatud info- ja nõuandetelefon, integreerides see mõne juba edukalt toimiva info- ja nõustamistelefoniga.
3. Luua õiguslikud alused kompleksravi osutamiseks isikutele, kellele on seksuaalkuriteo eest määratud pikem kui kaheaastane vanglakaristus ning kes viibivad vanglas.
4. Kujundada teemaga seotud osapoolte vahel ühtne infoväli ja käivitada regulaarne poliitikute, ametnike ja ekspertide vaheline ümarlaud.
5. Viia vastavalt võimalustele läbi täiendavaid uuringuid ja analüüse (näiteks seksuaalkuritegevuse retsidiivsus ja selle seosed ravivõimaluste kasutamisega, ravi kättesaadavus seksuaalhälbeline käitumisega isikutele, jne).
6. Analüüsida KSKK tegevusvaldkondade laiendamist - näiteks erivajadusega inimeste ja nende lähedaste seksuaalnõustamise küsimused, seksuaalhälbeline käitumisega isikute jaoks integreeritud resotsialiseerimise programmide väljatöötamine, jne.

Uuringu läbiviimise taust

Eestis on seksuaalkurjategijate ravi ja rehabilitatsioon ning seksuaalhäbelise käitumise kompleksne käsitlemine suhteliselt varajases arengufaasis. Kompleksse käsitlemise eelduseks on läbiv põhimõte, et kriminaliseeritud seksuaalhäbelise käitumise korral on lisaks karistuse määramisele ja kandmisele oluline ka paralleelne isiku ravi korraldamine, individuaalse raviprogrammi koostamine, ravitulemuse jooksev hindamine ja otsusse tegemine ravi katkestamiseks ja/või lõpetamiseks. Uuringud¹ viitavad, et seksuaalkuritegude toimepanijatel on sageli mitmeid isiksuse- ja käitumishäireid ning vaimse tervisega seotud probleeme. Maailma Terviseorganisatsiooni rahvusvaheliste haiguste klassifikatsiooni (RHK-10) järgi kuuluvad nt nii pedofilia (F 65.4) kui ekshibitsionism (F 65.2) isiksuse- ja käitumishäirete alapeatükki. Rahvusvahelised kogemused² näitavad, et seksuaalkurjategijate retsidiivsuse vähendamiseks on aina laialdasemalt hakatud kasutama erinevaid ravivorme ja enim tulemusi on andnud kompleksravi (ravim-raviga kombineeritud teraapia/nõustamine). Seksuaalkurjategijate Ravi Assotsiatsioon (The Association for the Treatment of Sexual Abusers, www.atsa.com) toob välja³, et farmakoloogiline sekkumine seksuaalkurjategijate ravis ei tohiks olla ainus raviviis, vaid seda tuleks efektiivsuse tagamiseks kombineerida kognitiivterapeutilise lähenemise, rehabilitatsiooniga kogukonnas ja käitumiskontrolli meetmetega.

Lisaks näitavad metaanalüüside⁴ tulemused üldises plaanis seksuaalkurjategijate raviprogrammidesse investeerimise mõistlikkust, kuna sekkumine vähendab nii seksuaal- kui muude kuritegude kordumise tõenäosust.

¹ Cohen L.J., Nikiforov K, Gans S, et al. Heterosexual male perpetrators of childhood sexual abuse: a preliminary neuropsychiatric model. *PsychiatrPsychiatr Q.* Winter 2002, American Psychiatric Association, 2000 - American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Revised 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 2000

² Schwartz B. K. (toimetaja). *Handbook of Sex Offender Treatment.* Civic Research Institute 2011; McGrath, R. J., Cumming, G. F., Burchard, B. L., Zeoli, S., & Ellerby, L. (2010). Current practices and emerging trends in sexual abuser management: The Safer Society 2009 North American Survey. Brandon, VT:V.T.: Safer Society Press;

Boer D.P., Eher, R, Craig L.A., Miner M.H., Pfafflin F (2011) *International Perspectives on the Assessment and Treatment of Sexual Offenders: Theory, Practice and Research.*

³ <http://www.atsa.com/pdfs/PharmacologicalInterventionsAdultMaleSexualOffenders.pdf>

⁴ Hanson R. K, Gordon A, Harris A. J. R., Marques J. K, Murphy W., Quinsey V. L. ja Seto M... First report of the Collaborative Outcome Data Project on the effectiveness of treatment for sex offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 14, 169-194, 2002.

Sotsiaalministeerium algatas ja viis aastatel 2010-2011 läbi projekti seksuaalkurjategijate menetlemise ravijuhise koostamiseks. Koostöös erinevate partneritega valmiski ravijuhis 2011. aasta kevadel ning see oli sisendiks „Karistusseadustiku, kriminaalmenetluse seadustiku, psühhiaatrilise abi seaduse, karistusregistri seaduse, kriminaalhooldusseaduse ja tervishoiuteenuste korraldamise seaduse muutmise seaduse eelnõu“ koostamisele Justiitsministeeriumis (eelnõu võeti Riigikogus vastu 30. mail 2012, seadus jõustus 1. juunil 2013⁵). Nii ravijuhis kui ülalnimetatud seaduse seletuskiri peavad mõistlikuks KSKK väljaarendamist. KSKK roll on vastavalt ravijuhisele seksuaalkurjategijatele kompleksravi (psühhiaatriline ravi ja medikamentoosne ravi, järelnõustamine) läbiviimine karistuse asemel.

Eestis on valdkondlik kogemus seksuaalkurjategijate menetlemisel olemas, kuid olemasolev kompetents ekspertiiside tegemiseks ja tervishoiuteenuse pakkumiseks on killustunud ja ressursid napp.

Vanglasine kompetents on koondunud Tartu Vanglasse. Jõustunud kohtuotsuse alusel Tartu vanglasse paigutatud seksuaalkurjategijaga asub tegelema meeskond, kes on spetsialiseerunud tööle seksuaalkurjategijatega ning kes pakub seksuaalkurjategijatele vajalikku ravi ja rehabilitatsiooni. Meeskonda kuuluvad inspektor-kontaktisik, psühholoog, sotsiaaltöötaja, arst-psühhiaater, kriminaalhooldusametnik jt spetsialistid. Tegevustes lähtutakse „Tartu Vangla seksuaalkurjategijate kohtlemise mudelist“, mis põhineb J. Rakaselja poolt aastal 2011 väljatöötatud kohtlemiskontseptsioonil „Seksuaalkurjategijate kohtlemisest Eesti vanglasüsteemis“. Aastast 2013 rakendatakse koostöös Soome partneriga pilootprojektina lähenemist „Uus suund“⁶.

Marshall W.L. ja Marshall L.E. Can treatment be effective with sexual offenders or does it do harm? A response to Hanson (2010) and Rice (2010). *Sexual Offender Treatment* 5, 2, 2010

⁵ Eesti Psühhiaatrite Selts on seaduseelnõu kooskõlastuskirjas pakkunud välja idee, mille kohaselt võiks koostöös Sotsiaalministeeriumiga luua spetsiaalsed raviüksused, nn kohtupsühhiaatria polikliinikud, mis võiksid paikneda regionaalhaiglate või juba teatavat õiguspsühhiaatrilist rakenduslikku pädevust omava SA Viljandi Haigla juures. Selliste keskuste vastutusallas võiks peale seksuaalkurjategijate vangistusjärgse kompleksravi olla ka narkomaanide sõltuvusravi ja ambulatoorne psühhiaatriline sundravi. Selline lahendus tagaks personalile piisava koormuse nii vajaliku kvaliteedi tagamiseks kui ka kõnealuses valdkonnas pädevuse arendamiseks.

⁶ „Uus suund“ on suunatud kõikidele seksuaalkurjategijatele ning põhineb nende individuaalsel rehabilitatsioonil. Programm põhineb motiveeriva intervjuu ning kognitiivteraapia põhimõtetel, kasutab meetodina RNR (*risk, need, responsivity*) põhimõtteid ning rakendab Hea Elu Mudelit. Programmi eesmärk on vähendada kinnipeetavate retsidiivsusriske. Programm kestab 12 nädalat.

Vanglaväline kompetents on koondunud osäühingusse Arstlik Perenõuandla, mis kohaldab alates 1. juunist 2013 kompleksravi seksuaalkurjategijatele, kellele see on karistuse asemel määratud⁷. Kompleksravi kohaldamisel lähtutakse ravijuhisest seksuaalkurjategijate menetlemiseks⁸.

Valdkondlikust eripärast johtuvalt ei sarnane olemasolevad ravijuhtumid üksteisele, mistõttu laiapõhjaline ravipraktika seksuaalkurjategijate raviks Eestis hetkel puudub ja killustatusest tulenevalt ka areneb väga aeglaselt, sest info liikumine tervishoiuteenuse osutajate ja seonduvate organisatsioonide vahel on ebapiisav ja juhuslik. Seksuaalkurjategijate ravi kohaldajal puudub võimalus tutvuda kurjategijale läbiviidud ekspertiisi materjalidega, mis raskendab asjakohase ravi määramist. Lisaks on ravile suunatud seksuaalkurjategijate tegelik ravisoostumus madal. Seda oleks võimalik vältida ravi kohaldaja kaasamisega kompleksravi kohaldamise ettepaneku koostamisse. Ravi kohaldaja poolt on välja töötatud raviplaani vorm, mis arvestab teistes asutustes ja organisatsioonides kasutatavaid dokumente, kuid puudub üldine valdkonna ja organisatsiooni dokumenteerimine. Lisaks sellele pärsib selline killustatus:

- tegeliku nõudluse väljaselgitamist. Teiste riikide kogemus näitab, et nõudlus teenuse järele on suurem, kui see on nähtav. Lisaks seadusega kehtestatud nõuetele ravi määramise osas kuuluvad teenuse vajajate (nõudluse all) hulka ka kergema kriminaalsusastmega juhtumid ja võimalikud isepöördujad⁹ ning nende lähedased ja perekonnaliikmed. Nii aitab tegeliku nõudluse väljaselgitamine kaasa seksuaalkuritegude ennetamisele;

⁷ Kompleksravi seisneb kombineeritud medikamentooses ehk ravimravis ja psühhoteraapilises ravis (teraapia/nõustamine). Ravi eesmärk on isiku kuriteo toimepanemise põhjuseks olnud psüühikahäire ravimine või selle kontrolli all hoidmine. Sekkumisviisid on tsüproteroonatsetaat (CPA), medroxyprogesteronatsetaat (MPA), gonadotropiini vabastava hormooni agonistid (GnRHa) ning ravialuse retsidiivsuse vähendamine tema mõjutamise ja motiveerimise kaudu, mis põhineb tema individuaalsel seisundil ning vajadustel (sh struktureeritud individuaalseid sekkumisprogramme, mis põhinevad motiveeriva intervjuerimise meetoditel, kognitiiv-käitumuslikul rehabilitatsiooniteoorial, RNR-teoorial ja Hea Elu Mudeli teoorial vastavalt konkreetse ravialuse probleemistikule ja vajadustele).

⁸

http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/Tervishoid/Seksuaalkurjategijate_ravijuhis_2011.pdf

⁹ Ise pöördujad on seksuaalhäbelise käitumisega isikud, kes tunnistavad oma probleemi ning pöörduvad vabatahtlikult, ilma seadusandliku sunnita ravile.

- ravipraktika baasil valdkondliku laiapõhjalise kompetentsi ja üldistusvõime teket, mille tulemusena toimub iga individuaalse ravijuhtumi lahendamine aeglasemalt ja kulutab rohkem ressursi.

Uuring on suunatud erinevatele seksuaalkurjategijatele tõhusa, järjepideva ja tulemusliku ravi osutamise korraldamisele (nii õiguslikud raamid kui ka ravi sisuline pool on juba kirjeldatud vastavates õigusaktides ning ravijuhises) läbi KSKK toimimismudeli koostamise. Mõju tasandil aitab uuringu tulemusena väljatöötatud KSKK toimimismudel selle rakendamisel vähendada seksuaalkuritegude toimepanemist Eestis, seksuaalkurjategijate retsidiivsust ning ennetada seksuaalkuritegusid.

Uuringu eesmärk ja uurimismeetodid

Uuring oli suunatud erinevatele seksuaalkurjategijatele ja seksuaalhäbelise käitumisega isikutele tõhusa, järjepideva ja tulemusliku ravikorraldamise analüüsimisele KSKK toimimise mudeli koostamise abil. Uuringu eesmärk oli pakkuda välja KSKK toimimise mudeli põhimõtted (kontseptsioon). Uuringu tulemusena selgitati välja, kuidas seksuaalkurjategijate ja seksuaalhäbelise käitumisega isikute ravi kõige tulemuslikumalt Eestis korraldada ning tehti konkreetsed ettepanekud KSKK ellukutsumiseks. Mõju uuring aitab väljatöötatud KSKK toimimise mudeli rakendamisel vähendada seksuaalkuritegude toimepanemist Eestis, seksuaalkurjategijate retsidiivsust ning ennetada seksuaalkuritegusid.

Läbi viidud uuring koosnes Eesti kohtupraktika ja ravipraktika analüüsist, vastava valdkonna ekspertide ning poliitikutega läbi viidud süvaintervjuudest ning teiste riikide praktikatega võrdlemisest. Uurimismeetoditena kasutati vastavalt pakkumiskutses ette nähtule:

1. Sekundaaranalüüsi:
 - a. valdkondlike strateegiliste dokumentide analüüs
 - b. valdkondlike kohtuotsuste analüüs
 - c. seonduva ravipraktika analüüs
 - d. Eesti seksuaalkuritegusid ja –kurjategijaid puudutava statistika analüüs
 - e. teiste riikide KSKK-tüüpi institutsioonide toimimise mudelite analüüs
 - f. kliiniliste psühhomeetriliste skaalade analüüs
2. Ekspertintervjuude läbiviimist^{10,11}:
 - a. Intervjuud antud valdkonna spetsialistidega

¹⁰ Uuringu läbiviimise käigus on tehtud kokku 32 intervjuud. Intervjueeritavate hulka kuuluvad valdkonnaga seonduvad eksperdid erinevatelt elualadelt. Intervjuud viidi läbi seksuoloogi ja psühhiaatriga (2), 1 meestearstiga, 2 naistearstiga, 1 politseitöötajaga lastekaitse talitlusest, 1 hoolekande töötajaga, 5 prokuröriaga, 1 vanglaametnikuga, 4 psühholoogiga, 2 kriminaalhooldusametnikuga, 2 Justiitsministeeriumi ametnikuga, 4 poliitikuga, 4 Sotsiaalministeeriumi ametnikuga. Lisaks on anonüümsetena intervjueeritud ka 3 erineva seksuaalhäbelise käitumisega isikut, kes on aidanud valdkonda lahti mõtestada kliendi vaatenurgast.

¹¹ Intervjuude läbiviimiseks ja salvestamiseks kasutasid intervjueerijad diktofoni. Salvestatud tekst koosnes respondendile esitatud küsimustest ja respondendi vastustest. Salvestatu transkribeeriti kirjalikuks tekstiks. Andmeanalüüs kasutati Taylor-Powelli ja Renneri (2003) andmeanalüüsi meetodit (<http://learningstore.uwex.edu/assets/pdfs/g3658-12.pdf>), mis koosneb viiest erinevast osast (andmetega tutvumine, analüüsi fokuseerimine, informatsiooni kategoriseerimine, mustrite ja ühenduste identifitseerimine kategooriate vahel ja sees ning andmete interpretatsioon).

- b. intervjuud poliitikutega
 - c. intervjuud seksuaalhäbelise käitumisega isikutega
3. Finantsanalüüs (kulu-tulu analüüsi):
- a. rahastamise lähtekohtade analüüs
 - b. investeringute- ja tegevuskulude analüüs
 - c. analüütilise prognoosimudeli koostamine

Eesti valdkondlike strateegiliste dokumentide analüüs

Vastavalt uuringu lähteülesandele on eesmärgiks tagada pakutava KSKK kontseptsiooni vastavus riikliku poliitika ja arengukavadega. Selle saavutamiseks analüüsiti valdkondlikke arengukavasid ning viidi läbi intervjuud Riigikogus esindatud erakondadesse kuuluvate poliitikutega.

Viimastel aastatel on seksuaalkuritegude temaatikale hakatud pöörama senisest oluliselt rohkem tähelepanu ning valdkond on leidnud kajastust mitmetes erinevates arengukavades. Üleüldise raamistiku seksuaalkurjategijate karistamisele ja ravile annavad valdkondlikud strateegilised dokumendid nagu Laulasmaa deklaratsioon¹², Vägivalla vähendamise arengukava aastateks 2010-2014¹³, Kriminaalpoliitika arengusuunad aastani 2018¹⁴, Euroopa Nõukogu konventsioon laste seksuaalsekspluateerimise ja väärkohtlemise kohta¹⁵. Oluline on siinjuures rõhutada, et seonduvad arengukavad on peasjalikult lähtuvad õiguskaitse ning siseturvalisuse aspektidest¹⁶, kuid tervise ja sotsiaalvaldkonna arengukavades on teemat puudutatud märksa pealiskaudsemalt.

Ülevaade ja analüüs tervisevaldkonna arengukavade kohta

Rahvastiku tervise arengukavas 2009-2020¹⁷ on tõdetud (lk 9), et: „Seni tagaplaanil olnud haigusrühmadest tõusevad üha enam esiplaanile vaimse tervise häired, psühhiaatrilised haigused...“ Paraku on vaimse tervise häired ning psühhiaatrilised probleemid kajastatud seejärel arengukavas eesmärkide ja tegevussuundadena vaid laste ja noorte turvalise ning tervisliku arengu kontekstis (lk 27-33). Täiskasvanute vaimse tervise alaseid ning psühhiaatrilisi probleeme (kuhu alla kuulub ka

¹² <http://www.just.ee/15087>

¹³

http://valitsus.ee/UserFiles/valitsus/et/valitsus/arengukavad/justiitsministeerium/Vgivalla_vhendamise_arengukava_aastateks_2010_2014.pdf

¹⁴

<http://www.just.ee/orb.aw/class=file/action=preview/id=50603/Kriminaalpoliitika+arengusuunad+aastani+2018.pdf>

¹⁵ <http://conventions.coe.int/Treaty/EN/treaties/Html/201.htm>

¹⁶ Põhjuseks on ilmselt see, et seksuaalkurjategijatele ravi määramist on (sarnaselt narkomaanide võõrutusraviga) käsitletud korrektsioonimeetmena, kuigi tegu on võimalusega karistuse asemel minna vabatahtlikult ravile.

¹⁷

http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumentid/APO/Arengukavad/Rahvastiku_tervise_arengukava_2009-2020.pdf

seksuaalhäbeline käitumine) ei ole paraku arengukavas käsitletud. Seega võib väita, et rahvastiku tervise arengukava tasemel ei ole seksuaalhäbelise käitumisega isikute ravi ja rehabilitatsioonikorraldust käsitletud ega probleemina kajastatud.

Vastavalt Eesti Haiglavõrgu arengukava rakendusplaanile¹⁸ (lk 12) on „psühhiaatria statsionaarse ravi korraldamine ette nähtud eelkõige akuutravi haiglate koosseisus. Spetsialiseeritud psühhiaatria haiglad on viidud Põhja-Eesti Regionaalhaigla ja Viljandi Haigla koosseisu“. Spetsiifilise seksuaalhäbelise käitumisega isikute ravi korraldust ei ole arengukavas käsitletud, sest nii arengukava koostamise hetkel, praegu kui ka lähitulevikus ei ole ette nähtud spetsiaalset seksuaalhäbelise käitumisega isikute ravi korraldamist statsionaarses tsiviilmeditsiinis, st väljaspool tavapärasest statsionaarset psühhiaatrilist ravi.

Seksuaalhäbelise käitumisega isikute ravi kontekstis tähendab see seda, et psühhiaatria-alane pädevus keskendub lisaks Tartu Ülikooli Kliinikumile just ülalnimetatud haiglate juurde. Arengukava kohaselt kasvab ka psühhiaatrias ambulatoorse ravi osakaal, mis on kahtlemata mõistlik üleüldise tervishoiukorralduse kontekstis. Käesoleva uuringu kontekstis tuleb arvestada, et psühhiaatrilise abi (nii statsionaarne kui ambulatoorne) tsentraliseerimine ning fakt, et Eestis on seksuaalhäbelise käitumisega tegelevaid psühhiaatreid väga napilt, muudab keeruliseks seksuaalhäbelise käitumisega isikute juurdepääsu teenusele.

Tervise Arengu Instituudi poolt aastal 2012 tellitud uuringus „Vaimse tervise teenuste kaardistamine ja vajaduste analüüs“¹⁹ ei käsitleta seksuaalhäbelist käitumist iseseisva alateemana ning seda käsitletakse sarnaselt teiste vaimse tervise häiretega üleüldise psühhiaatrilise abi alapeatükis. Sarnaselt käesolevale uuringule leitakse (lk 17-18), et psühhiaatrilise abi kättesaadavus Eestis on ebapiisav ja ebahütlane, eriti maapiirkondades. Samuti ollakse seisukohal (lk 19), et murettekitav probleem psühhiaatrilise abi pakkumisel on kvalifitseeritud personali nappus. Ettepanekutes (lk 23-24) rõhutatakse sarnaselt käesolevale uuringule, et „psühhiaatrilise abi

¹⁸ http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/Tervishoid/HVA2002_1_.pdf

¹⁹

https://intra.tai.ee/images/prints/documents/133180653216_Vaimse%20tervise%20teenuste%20kaar%20distamine%20ja%20vajaduste%20analyyys.pdf

kättesaadavus on piirkonniti ebaühtlane ning selle parandamiseks on vaja rakendada komplekselt erinevaid lähenemisi“, „vaimse tervise probleemide ennetamiseks, varajaseks märkamiseks ja kompleksseks raviks on vaja psühhiaatriline abi põhjalikumalt integreerida psühholoogilise ja psühhoterapeutilise abi ning sotsiaalteenustega“.

Teised tervisevaldkonna arengukavad ei ole seotud käesoleva uuringu temaatikaga ning neid ei ole seetõttu uuringus analüüsitud.

Ülevaade ja analüüs sotsiaalvaldkonna arengukavadest

Laste ja perede arengukava 2012-2020²⁰ sõnastab ühe strateegilise eesmärgina (lk 5) „lapse õigused on tagatud ning loodud on toimiv lastekaitseüsteem, et väärtustada ühiskonnas iga last ja tema arengut ning heaolu toetavat turvalist keskkonda“. Arengukava kohaselt (lk 25) näitavad Eestis tehtud uuringud, et „suur hulk lapsi on kogenud nii füüsilist, seksuaalset kui vaimset väärkohtlemist“. Paraku ei hõlma arengukavas kavandatud edasised tegevussuunad eesmärgi saavutamiseks (lk 21-27) spetsiifilisi meetmeid, mis on suunatud seksuaalse väärkohtlemise ennetamisele ja väärkoheldud laste rehabilitatsiooni korraldamisele. Kavandatud meetmed on üldised, hõlmates kõiki väärkohtlemise vorme ning erinevates probleemsituatsioonides viibivate laste olukorra parandamist, hõlmates muuhulgas nii väärkoheldud laste märkamise ja abistamise tõhustamist (sh lasteabi telefoni 116 111 teenuse käiguhoidmist ja edasiarendamist), spetsialistide pädevuse tõstmist kui ka Interneti-turvalisuse arendamist rõhuasetusega lastel ja noortel.

Vägivalla vähendamise arengukava aastateks 2010-2014²¹ käsitleb ka ohvriabi temaatikat lapsohvrite seisukohast. Sarnaselt käesolevale uuringule tõdetakse arengukavas (lk 18), et „praegune riiklik ohvriabisüsteem on ohvri seisukohast keeruline. Ohvrile vajalike teenuste võrgustik (välja arvatud ohvriabiteenus) on üle Eesti ebaühtlaselt välja arenenud. Tasuta õigusabi ja professionaalne psühholoogiline abi on

²⁰

https://www.osale.ee/konsultatsioonid/files/consult/202_Laste%20ja%20perede%20arengukava%202012-2020%20ja%20rakendusplaan%202012-2015_p%F5hidokument.pdf

²¹

http://valitsus.ee/UserFiles/valitsus/et/valitsus/arengukavad/justiitsministeerium/Vgivalla_vhendamise_arengukava_aastateks_2010_2014.pdf

raskesti kättesaadav“. Lisaks sellele tuuakse välja, et „väärkoheldud (sh seksuaalselt) laste abistamiseks on paremad võimalused loodud suuremates linnades: Tallinnas, Tartus ja Pärnus. Üle Eesti pole kõikidele vägivalla ohvriks langenud lastele sellised võimalused tagatud. Lapse seksuaalse väärkohtlemise puhul ei ole välja kujunenud spetsialistide võrgustikku. Praktikas on ilmnenud probleeme lapsele kaitse korraldamisega seksuaalvägivalla kahtluse korral“. Osad olukorra leevendamiseks pakutud meetmed ja tegevused (lk 19-20) on tänaseks juba ellu rakendatud, osa (näiteks lapsohvritele üleriigilise abistamissüsteemi väljatöötamine) mitte.

Teised sotsiaalvaldkonna arengukavad ei ole seotud käesoleva uuringu temaatikaga ning neid ei ole seetõttu uuringus analüüsitud.

Ülevaade ja analüüs õiguskaitse ning siseturvalisuse valdkonna arengukavadest

Eesti mõistes üldisim ja laiahaardelisim arengudokument on „Laulasmaa deklaratsioon“, ehk justiits- ja siseministri poolt allkirjastatud dokument kuritegevusevastase võitluse eelistustest. Esimene selline deklaratsioon allkirjastati aastal 2005, kehtivad prioriteedid kinnitati 26.03.2013²². Nii deklaratsiooni esialgses versioonis kui hetkel kehtivas versioonis on olulisel kohal „alaealiste vastu toime pandud raske isikuvastane kuritegevus, eelkõige seksuaalkuritegevus“.

Valdkonna niivõrd selgesõnaline rõhutamine kõrgetasemelises dokumendis, mille ülesandeks on anda politseile ja prokuratuurile kuritegevusvastases võitluses selged ja arusaadavad eesmärgid järgmiseks tegevusperioodiks, on kahtlemata positiivne. See väljendub ka pärast deklaratsiooni allkirjastamist tabatud ja karistatud seksuaalkurjategijate arvu olulises tõususes, kusjuures toime pandud õigusrikkumised on erinevad. Uuringu „Kuritegevus Eestis 2012“²³ (lk 56) kohaselt registreeriti aastal 2012 Eestis 400 seksuaalkuritegu, mis võrreldes 2011. aastaga on 89 võrra ehk 22% rohkem. Valdav osa (76%) kuritegudest oli toime pandud alaealiste, so nooremate kui 18 aastaste suhtes. Viimase kuue aastaga on suurenenud pornograafia-süütegude arv ligi

²² <http://www.just.ee/orb.aw/class=file/action=preview/id=58269/laulasmaa+prioriteedid+2013.pdf>

²³ http://www.just.ee/orb.aw/class=file/action=preview/id=58971/Kuritegevus_Eestis_2012.pdf

kaks korda ja lapsealise seksuaalse ahvatlemise süütegude arv veidi üle viie korra (lk 57)²⁴.

Käesolevas (KSKK väljaarendamine) kontekstis võib negatiivse aspektina välja tuua vaid lastele suunatud seksuaalkuritegude eksplitsiitse rõhutamise ning teiste sihtgruppide suhtes toimepandud seksuaalkuritegude kajastamata jätmise deklaratsioonis. See võib osutada oluliseks tulevikus, kui on vaja leida KSKK käivitamiseks vajalikud finantsvahendid - selleks on vaja seksuaalkuritegevuse vastu võitlemise ja selle ennetamise põhimõtted integreerida erinevate valdkondade kõrgetasemelistesse arengukavadesse ja poliitilistesse dokumentidesse.

Positiivne on aga see, et Laulasmaa deklaratsiooni põhimõtted on leidnud konkreetse väljundi „Kriminaalpoliitika arengusuundades aastani 2018“²⁵, kus on määratletud pikaajalised eesmärgid ja tegevused, milles avalik sektor peab lähtuma oma tegevuse kavandamisel ning elluviimisel.

Kriminaalpoliitika eesmärgiks on ühiskonna turvalisuse tagamine süütegude ennetamise ja nendele reageerimise, süütegudega tekitatud kahju vähendamise ning õigusrikkujatega tegelemise kaudu. Seega on tegu laiapõhjalise dokumendiga, mis käsitleb teemade ringi terviklikult, kuid mille eesmärgideks on korduvkuritegevuse ning alaealiste kuritegevuse ennetamine. Arengusuundades on muuhulgas toodud välja järgmised põhimõtted:

- korduvkuritegevust mõjutavad eelkõige sõltuvusprobleemid ja süüdimõistetute hilisem toimetulematus;
- korduvkuritegevuse vähendamiseks tuleb tagada rehabilitatsiooniprogrammid kurjategijatele, sealhulgas seksuaalkurjategijatele;

²⁴ Uuring toonitab, et seksuaalkuritegude arvu suurenemist ei saa tõlgendada kui üksnes selliste tegude sagenemist, vaid see võib viidata ka ohvrite suuremale julgusele toimumust kõneleda ja suuremale teadlikkusele abisaamise võimalusest (lk 56).

²⁵

<http://www.just.ee/orb.aw/class=file/action=preview/id=50603/Kriminaalpoliitika+arengusuunad+aastani+2018.pdf>

- kinnipidamisasutuses peaksid viibima kõige ohtlikumad kurjategijad, samal ajal tuleb soodustada alternatiivkaristuste kasutamist (ÜKT, sõltuvusravi, leppimine jne);
- küberkuritegevuse vastane võitlus peab keskenduma alaealiste seksuaalse kuritarvitamise vastasele võitlusele, suurte arvutikelmuste tõkestamisele ning arvutiviiruste ja häkkimise leviku tõkestamisele.

KSKK loomisega luuakse eeldused ja võimalused ennekõike esimese kolme, kuid osaliselt ka neljanda²⁶ põhimõtte teostamiseks. Ennekõike kujuneb KSKK-st keskus seksuaalkurjategijatele ravi- ja rehabilitatsiooniprogrammide osutamiseks vastavalt seaduses ettenähtud võimalustele.

Samuti on Laulasmaa deklaratsiooni põhimõtted kajastatud vägivalla vähendamise arengukavas²⁷. Arengukavas (lk 13) on selgelt sõnastatud eesmärk 1, milleks on „laste vastu toimepandud vägivalla vähendamine ja ennetamine”, sh meede 4 - „laste vastu toime pandud seksuaalkuriteod” (alates lk 16).

Viimastel aastatel on käesolevas kontekstis saavutatud palju. 2007. aastal kehtestati lastega töötamisega seotud piirangud, et takistada seksuaalkuritegudes süüdimõistetud isikutel töötada lastega kokupuutuvatel ametikohtadel. Seksuaalkuritegude ennetamiseks karmistati 2006. aastal karistusi laste vastu toime pandud seksuaalkuritegude eest. 2009. aastal jõustusid muudatused, mis võimaldavad kohtutel edaspidi kohaldada ohtlike kurjategijate suhtes karistusjärgset kinnipidamist. Samuti on muudatustest tulenevalt lubatud ka karistusjärgne käitumiskontroll.

KSKK kontekstis on olulised järgmised meetmed, mis vägivalla vähendamise arengukava koostamise hetkel olid veel välja töötamata, kuid mis on praeguseks olulisel määral olukorda parandanud:

²⁶ KSKK klientide hulka kuuluvad ka seksuaalhäbelise käitumisega isikud, kes kasutavad oma häbelise käitumise realiseerimiseks Interneti.

²⁷

<http://www.just.ee/orb.aw/class=file/action=preview/id=49975/V%E4givalla+v%E4hendamine+arengukava+aastateks+2010-2014.pdf>

- ravisüsteemi loomine täiskasvanud ja alaealistele seksuaalkurjategijatele. Nüüdseks on loodud võimalused seksuaalkurjategijatele kompleksravi kohaldamiseks karistuse asemel, kinnipidamisasutustes viibivatele kurjategijatele on töötatud välja kohtlemismudel jne;
- tõhusama järelevalvesüsteemi loomine seksuaalkurjategijate üle. Nüüdseks on juurutatud karistusjärgne käitumiskontroll, mille raames on käitumiskontrollile allutatud isikud kriminaalhooldaja järelevalve all ning nad peavad järgima kõiki neile kehtestatud kontrolli nõudeid ja kohustusi. Samuti on käivitunud vabatahtlik tugiisikute programm, mis hõlmab ka vanglast tähtajaliselt vabanevaid seksuaalkurjategijaid.

Seega saab KSKK kontekstis kokkuvõtvalt öelda, et vägivalla vähendamise arengukava elluviimine on olnud süstemaatiline ja järjepidev. Loodud on suur osa eeldusi arengukava 4. meetme mõju realiseerumiseks: „Väärkohtlejatele, sh noortele loodud rehabilitatsioonivõimalused aitavad ära hoida uusi seksuaalkuritegusid”:

- kaasajastatud seadusandlus
- ravijuhis seksuaalkurjategijate menetlemiseks
- seksuaalkurjategijate ambulatoorne kompleksravi.

Lisaks praktilisele vajadusele tuleneb seksuaalkurjategijate raviküsimustega tegelemise kohustus ka rahvusvahelistest suunistest: Eesti allkirjastas 17. septembril 2008 Euroopa Nõukogu konventsiooni laste seksuaalse ekspluateerimise ja väärkohtlemise kohta, mille kohaselt tuleks laste vastu toime pandud seksuaalkuritegude ennetamiseks pakkuda seksuaalkuritegude toimepanijatele mitmesuguseid sekkumisprogramme, sh psühholoogilist abi (nt kognitiiv-käitumuslik teraapia) ja meditsiinilist sekkumist (nt hormoonravi). KSKK loomisega ongi loodud võimalused seksuaalkuritegude toimepanijatele komplekssete sekkumisprogrammide (psühhiaatriline ravi + medikamentoosne ravi) pakkumiseks.

KSKK loomine panustab kõigi ülaltoodud arengukavade elluviimisele ning loetletud eesmärkide täitmisele. KSKK loomisega luuakse eeldused ja tingimused seksuaalkurjategijate kompleksse ravi korraldamiseks. Ravimine karistuse asemel on oluliselt tulemuslikum kui pelk karistus, mistõttu tõenäosus, et ravi läbinud isik sooritab

uue seksuaalkuriteo on madal (erinevate uuringute kohaselt on selline retsidiivsuse määr 35-11%)²⁸. Samuti luuakse keskuses võimalus saada abi, nõustamist ja ravi isepöördujatel (siia alla kuuluvad nii mittekriminaliseeritud seksuaalhäbelise käitumisega isikud, teo sooritanud, kuid mitte süüdimõistetud isikud, teo sooritanud, kuid muu karistuse saanud isikud) ning nende lähedased ja perekonnaliikmed. Niiviisi ennetatakse võimalike seksuaalkuritegude sooritamist.

²⁸ Vaatluse all oli erinevate riikide ja piirkondade andmestik. Kuna raviprogrammid on erinevad (kestus, raviviisid), siis ühest ja väga täpset retsidiivsuse määra tuua ei saa. (vt http://www.doc.state.mn.us/publications/documents/03-10SOTXStudy_Revised.pdf <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/243551.pdf> http://www.correctiveservices.qld.gov.au/Publications/Corporate_Publications/Reviews_and_Reports/Final%20Report_%20Outcomes%20of%20QCS%20Sexual%20Off%20Treatment%20Program.pdf http://www.bishop-accountability.org/reports/2004_02_27_JohnJay/LitReview/2_8_II_AssessmentOf.pdf http://njiway.org/corrections/pdf/REU/Criminal_Justice_Review.pdf <http://www.sexual-offender-treatment.org/93.html> <http://www.stephenbrakeassociates.com/RR12.pdf>

Valdkondlike kohtuotsuste analüüs

Vastava uuringu lähteülesanne on tagada pakutava KSKK kontseptsiooni vastavus Eesti õigussüsteemi põhimõtetele ja rakendatavale kohtupraktikale. KSKK temaatikaga vahetult seotud süüteod on loetletud peaaesjalikult karistusseadustiku²⁹ § 141-147 (seksuaalse enesemääramise vastased süüteod), aga ka §175, §178-179.

KarS §-s 69² lõike 3 kohaselt võib vangistust asendada raviga ka tingimisi ennetähtaegse vabastamise (KarS § 76) eeldusena. Kuid ka sellisel juhul on tingimuseks, et mõistetud vangistus ei ületa kahte aastat ning et isikul on tuvastatud seksuaalsuunitluse häire, mis on ravitav või kontrollitav ja süüdimõistetud on raviga nõus.

Kuna kehtiv õiguspraktika on alles vähem kui pool aastat kehtinud, ei saa faktipõhiselt väita, kuid võib eeldada, et enamus seksuaalkuritegudes süüdimõistetuid, kes neile tingimustele vastavad taotlevad koheselt vangistuse asendamist raviga. Ravi kohaldamine ennetähtaegse vabastamise puhul võib kõne alla tulla näiteks juhul, kui süüdimõistetud ei ole algselt raviga nõus, kuid karistust kandes muudab meelt. Samuti nende isikute puhul, kes on vangi mõistetud enne vastava seaduse jõustumist 01. juunil 2013 ning kes vastavad KarS §-s 69² nimetatud tingimustele.

Uuringu käigus analüüsiti Harju Maakohtu lahendeid (40), mis pärinevad aastast 2009 ja hiljem. Enamus asjakohastest kaasustest, kus isikule mõistetud vangistus jääb vahemikku 6 kuud kuni 2 aastat, on seotud KarS §-dega 178-179. Vastavalt Justiitsministeeriumi uuringutele kuritegevus Eestis 2009³⁰, 2010³¹, 2011³² ja 2012³³ on selliste kuritegude registreerimise arv kõrgeim just Harjumaal, mistõttu on uuringu valimis just selle piirkonna lahendid. Teiste ringkonnaprokuratuuride lõikes on sarnaseid kaasuseid niivõrd vähe, et need ei mõjuta järeldusi.

²⁹ <https://www.riigiteataja.ee/akt/184411?leiaKehtiv>

³⁰ <http://www.just.ee/orb.aw/class=file/action=preview/id=50827/Kuritegevus+Eestis+2009.pdf>

³¹ http://www.just.ee/orb.aw/class=file/action=preview/id=54601/KuritegevusEestis2010_web.pdf

³² http://www.just.ee/orb.aw/class=file/action=preview/id=57202/Kuritegevus_Eestis_2011.pdf

³³ http://www.just.ee/orb.aw/class=file/action=preview/id=58971/Kuritegevus_Eestis_2012.pdf

Kohtulahendite valikul on lähtutud sellest, et nad vastaksid KarS §-s 69² ette nähtud tingimusele: mõistetud vangistus mahub vahemikku 6 kuud kuni 2 aastat, kuritegu on toime pandud täisealise isiku poolt, toimepanijal on diagnoositud seksuaalsuunitluse häire, mis on hinnatud ravitavaks või kontrollitavaks ning isik on raviga nõus.

Paraku viimaste nimetatud tingimuste (toimepanijal on diagnoositud seksuaalsuunitluse häire, mis on hinnatud ravitavaks või kontrollitavaks ning isik on raviga nõus) olemasolu saab vaid oletada, kuna enamuses süüasjades, kus ähvardavaks karistuseks on nimetatud ajavahemik, on tegemist kergemate, teise astme kuritegudega, mille lahendid on tulnud lihtmenetluste vormis. Ressursi kokkuhoidmise mõttes on neis asjades vastav ekspertiis jäetud tegemata, kuna juriidiliselt pole vahet, kas isikut ajendas kuritegu toime panema tema seksuaalsuunitluse häire või miski muu – kuritegu see kuidagi raskemaks ega kergemaks ei muuda. Detailsemat analüüsi ei ole hetkel võimalik teha, sest analüüsitud kaasustes oli vastav ekspertiis tehtud vaid kahele isikule. Seega puudub tegelikult lahendite valim, mis vastaks antud uuringu tingimustele.

Kriminaalmenetluse registri (KrMR) andmetel on ajavahemikul 2009 kuni 2013 sügis Põhja Ringkonnaprokuratuuri poolt kohtusse saadetud 11 isikut, keda on KarS § 142, 145 või 146 järgi karistatud 2-aastase või sellest lühema vangistusega sh neist viit isikut karistati reaalse vangistusega, osaliselt reaalse vangistusega karistati kolme isikut ning tingimisi vangistusega kolme isikut. Kõik ülejäänud otsused, kus isikule mõistetud vangistus asjakohastes kaasustes jääb vahemikku 6 kuud kuni 2 aastat, on seotud KarS § 178–179, kõiki karistati tingimisi vangistusega.

Enamus seksuaalkuriteos süüdi mõistetud isikuid, kes võiksid mahtuda KarS § 69² tingimuste alla on karistatud internetist lapsporno allalaadimise või interneti vahendusel toime pandud lapsealise seksuaalse ahvatlemise eest. Kindlasti ei kannata kõik sellised süüdimõistetud seksuaalsuunitluse häirete all. Kuna eksperthinnang selles küsimuses puudub, ei saa öelda, kui paljud neist süüdimõistetutest ka tegelikult KarS §-s 69² ette nähtud tingimusele vastavad. Isikud, kes on reaalselt lapsi vahetus kontaktis väärkohelnud, tänase seisuga ravile saata ei saa. Isegi kui ekspert on diagnoosinud vastava häire ja leidnud, et inimene vajab ravi, siis piirid seab KarS § 69², mis ei võimalda ka osaliselt karistust raviga asendada, kui mõistetud vangistus ületab kahte

aastat. Reaalse füüsilise kontaktiga tegude puhul on aga karistused mõistetavalt kõrgemad. Samuti ei saa selliseid isikuid tingimisi ennetähtaegsel vabanemisel ravile saata, sest ka siin seab seadus (KarS § 69² lg 3, § 76) samasugused piirid, st vangistus, mida süüdimõistetule kannab, ei tohi ületada kahte aastat. Seega on vangistuse raviga asendamise võimalus seksuaalkurjategijate puhul seadusest tulenevalt äärmiselt piiratud ja kohaldatav vaid selle kuriteoliigi kõike kergemate juhtumite puhul.

KSKK kavandatava kontseptsiooni kohaselt on oluline pöörata tähelepanu ka süütegudele, mis formaalselt kannavad küll muud eesmärki, kuid mille sisu on pigem seotud seksuaalhäbelise käitumisega, st seksuaalhäbelisest käitumisest ajendatud süüteod, mis statistikas kajastuvad mujal (peamiselt erinevad fetišismi vormid).

Kokkuvõtvalt tuleb nentida, et analüüsitud kohtulahendite põhjal ei ole võimalik hinnata ravi karistuse asemel määramise sobivust praegusele sihtgrupile. Eestis seksuaalkuritegudega seonduva kohtupraktika pinnalt on ravi määramise võimalus karistuse asemel väga piiratud. Et kohtud saaksid vastavatele isikutele ravi määrata, peaks seadust (KarS § 69²) muutma paindlikumaks.

Ravile pääsemise ja suunamise hetkeolukorra ja seonduva ravipraktika analüüs

Vastavalt uuringu lähteülesandele on eesmärgiks tagada pakutava KSKK kontseptsiooni vastavus Eesti ravipraktikale. Alljärgnevalt on kirjeldatud ravipraktika üldiseid põhimõtteid ning analüüsitud Eesti olukorda.

Seksuaalkurjategijate retsidiivsuse vähendamise üldise põhimõttena on juurutatud erinevate kombineeritud ravimeetodite kasutamine. Peamised kasutatavad ravimeetodid on psühhoteraapilised, medikamentoossed (antihormonaalne või farmakoloogiline ravi), kognitiivterapeutilised, psühhodünaamilised sekkumised jne. Väga harva kasutatakse vaid ühte tüüpi sekkumist, reeglina on kasutuses kombineeritud meetod. Meta-analüüside tulemused näitavad üldises plaanis seksuaalkurjategijate raviprogrammidesse investeerimise mõistlikkust, kuna sekkumine vähendab nii seksuaal- kui muude kuritegude kordumise tõenäosust³⁴.

Rahvusvahelised uuringud näitavad³⁵, et seksuaalkurjategijate ravis on tulemusi andnud ennekõike kognitiivkäitumuslikud programmid ja ravimitega ravi kombineerituna psühhiaatrilise sekkumisega.

Hetkel on Eestis võimalik analüüsida kolme tüüpi ravipraktikat: isepöördujate ravi, karistuse asemel kohaldatud kompleksravi praktikat ning vanglas läbiviidavat ravi. Ravi läbiviimiseks kõigil kolmel juhul on soovituslik kasutada „Ravijuhist seksuaalkurjategijate menetlemiseks”³⁶, mis baseerub Ülemaailmse Bioloogilise

³⁴ Hanson R. K., Gordon A., Harris A. J. R., Marques J. K., Murphy W., Quinsey V. L. ja Seto M.. First report of the Collaborative Outcome Data Project on the effectiveness of treatment for sex offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 14, 169-194, 2002.

Marshall W.L. ja Marshall L .E. Can treatment be effective with sexual offenders or does it do harm? A response to Hanson (2010) and Rice (2010). *Sexual Offender Treatment* 5, 2, 2010

³⁵ Schwartz B. K. (toimetaja). *Handbook of Sex Offender Treatment*. Civic Research Institute 2011; McGrath, R. J., Cumming, G. F., Burchard, B. L., Zeoli, S., & Ellerby, L. (2010). *Current practices and emerging trends in sexual abuser management: The Safer Society 2009 North American Survey*. Brandon, V. T.: Safer Society Press;

Boer D. P., Eher R., Craig L. A., Miner M .H., Pfafflin F. (2011) *International Perspectives on the Assessment and Treatment of Sexual Offenders: Theory, Practice and Research*.

³⁵ <http://www.atsa.com/pdfs/PharmacologicalInterventionsAdultMaleSexualOffenders.pdf>

³⁶

http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumentid/Tervisevaldkond/Tervishoid/Seksuaalkurjategijate_ravijuhis_2011.pdf

Psühhiaatria Ühingute Föderatsiooni (World Federation of Societies of Biological Psychiatry, WFSBP³⁷) parafiliate ravi juhistel ning Rahvusvahelise Seksuaalkurjategijate Ravi Assotsiatsiooni (International Association for the Treatment of Sexual Offenders, IATSO³⁸) suunistel³⁹.

Isepöördujate ravi

Isepöördujate ravi on Eestis hetkel tagatud läbi erinevate psühhiaatrite praksiste⁴⁰. Seal töötavate praktikute hinnangul ning läbiviidud ekspertintervjuude põhjal saab väita, et keskmine isepöörduja on mees vanuses 30-50 eluaastat. Enamlevinud seksuaalhälbeline käitumise vormid, mille tõttu klient abi otsib, on ekshibitsionism, seksisõltuvus, nõ samadel põhjustel „sugulastele vahele jäänud“ (peresurvele pöördunud vastuvõtule). Reeglina on ravi medikamentoosne ja individuaalteraapiline (gruupinõustamisi ei toimu) ning kestab kui 1 aasta kuni 3 aastat. Aasta jooksul pöördub ravile keskmiselt 4 - 5 patsienti (ühte praksisesse), kellest ravi läbib edukalt ca 60% (hinnanguline). Peamised probleemid seoses isepöördujate raviga on:

- teenuse geograafiline ja sotsiaalmajanduslik ebapiisav⁴¹ kättesaadavus
- teenuse kõrge maksumus, mis ei võimalda paljudel klientidel teenust (vajalikus mahus) tarbida. Harvad ei ole juhud, kus isepöörduja katkestab oma ravi mitte niivõrd huvi puudumisest seksuaalhälbeline käitumise kontrolli all hoidmiseks kui võrd ebapiisavatest majanduslikest võimalustest ravi eest tasuda.⁴²
 - Ravikindlustatud isikud.

³⁷ <http://www.wfsbp.org/>

³⁸ <http://www.iatso.org/>

³⁹ Ravijuhise loomise eesmärgiks (ravijuhis lk 4) „oli kujundada ühtne seisukoht Eestis ravi võimaliku sihtrühma (nt milliste näidustuste korral, kui kõrge riskitasemega isikutele ravi kohaldada jms); konkreetsete raviviiside (milliseid psühhoteraapia vorme ja/või ravimeid rakendada); ravi kvaliteedi ja kontrollimeetmete ning raviteenuse pakkujatele esitatavate nõuete osas“. Ravijuhise kasutusala (ravijuhis lk 5) „ei ole piiratud ainult süüdimõistetud seksuaalkurjategijatega, vaid on kasutatav ka seksuaalhälbeline käitumisega isikute raviks väljaspool karistussüsteemi“.

⁴⁰ Praksistena on arvestatud suuremaid ravikeskuseid - TÜK Meestekliinik, PERH Psühhiaatrikliinik, ja TÜK Psühhiaatrikliinik - ning Arstlik Perenõuandla OÜ-d. Hinnang põhineb nimetatud tervishoiuteenuse osutajatelt saadud infol.

⁴¹ Teenust osutatakse Eestis vaid Tallinnas ja Tartus, seksuaalhälbeline käitumise ravile spetsialiseerunud psühhiaatreid on Eestis vähe (sh ka Tallinnas ja Tartus) ning teenuse (sh ravimite) maksumus on sageli kliendile üle jõu käiv.

⁴² Ühe juhtumi keskmine maksumus (keskmiselt 1,5-aastane ravi sõltuvalt juhtumi eripärast) on hinnanguliselt 2200 eurot. Ravikindlustatute eest tasub protseduurid Haigekassa, kuid ravimite kulu, mis moodustab põhiosa, peavad kliendid ise tasuma. Ravikindlustamata isikud peavad ravi eest tasuma täies mahus.

Vastavalt ravikindlustuse seadusele⁴³ on õigus ravikindlustusele Eesti alalisel elanikul, tähtajalise elamisloa või elamisõiguse alusel Eestis elavatel inimestel, kelle eest makstakse või kes maksavad iseenda eest sotsiaalmaksu, samuti nende inimestega ravikindlustuse seaduse või vastava lepingu alusel võrdsustatud inimest. Kõigile alla 19-aastastele on ravikindlustus garanteeritud sõltumata sellest, kas nende vanemad töötavad või mitte. Haigekassa võtab kindlustatud isikult üle tasu maksmise kohustuse nende tervishoiuteenuste eest, mis on kantud haigekassa tervishoiuteenuste loetellu ja on osutatud meditsiinilistel näidustustel. Ravikindlustatud isikute puhul on ennekõike probleemiks vajalike ravimite kõigest osaline kompenseerimine ning teenuse ligi pääsemisega seonduvad märkimisväärsed transpordikulud.

- Ravikindlustamata isikud peavad tasuma teenuse ja ravimite eest kogu ulatuses ise.
- Sageli on isepöördujad ka erinevate teiste meditsiiniliste (alkoholism) ja sotsiaalsete (töötus, kindla sissetuleku puudumine jne) probleemide küüsis.

Kompleksravi

Kompleksravi kohaldatakse Eestis kehtiva regulatsiooni kohaselt süüdimõistetud täisealiste isikutele, kellele on kohtu poolt määratud ravi järgmistel alustel:

- karistusseadustiku § 69² kohane vangistuse asendamine seksuaalkurjategijate kompleksraviga
- karistusseadustiku § 76 kohane ennetähtaegne vangistusest tingimisi vabastamine kohustusega alluda ravile.

Kompleksravi saab kohaldada vaid isikutele, kellele on määratud karistuseks kuuekuuline kuni kaheaastane vangistus. Kohus võib ravi pikkuseks määrata 18 kuud kuni kolm aastat. Eestis hetkel rakendatava ravi ülesehitus ja sekkumisloogika on kirjeldatud järgnevas peatükis.

⁴³ <https://www.riigiteataja.ee/akt/110062011008?leiaKehtiv>

Karistuse asendusena on seksuaalkurjategijatele⁴⁴ kohaldatud kompleksravi alates 1. juunist 2013. Selle aja jooksul on kompleksravile suunatud kaks inimest. Selle põhjal ei ole võimalik põhjanevalt analüüsida. Samas on aga selgunud probleemid, mis vajavad lahendamist seoses teenuse osutamisega tulevikus:

1. Informatsiooni kättesaadavus ja juurdepääsetavus. Kompleksravi kohaldaja hinnangul on tal vaja tutvuda põhjalikumate andmeallikatega kui praegune kompleksravi kohandamise korraldus võimaldab. Vaja on tutvuda isikule tehtud ekspertiiside tulemustega, samuti teatud juhtudel ka kohtutoimiku ja kohtus kasutatud materjalidega. Hetkel selleks võimalus puudub.
2. Kriminaalhooldusametnikul või vanglateenistuse ametnikul on sageli keeruline tagada isiku sisuline sobivus kompleksraviks. Kriminaalhooldusametniku või vanglateenistuse ametnikul ei ole seksuaalkurjategijate kompleksravi ettevalmistamise, osutamise ja järelevalve korra §3 kohast kohustust hinnata inimese sobivust kompleksraviks meditsiinilisest lähtepunktist. Paljudel juhtudel ei ole isiku suhtes läbi viidud kompleksset kohtupsühhiaatrilist ekspertiisi. Kohtupsühhiaatrilise ekspertiisi aktis ei sisaldu kohustusliku komponendina hinnang kompleksravi kohaldamise määramise/mittemääramise kohta. Ekspertiis on kulukas ja keeruline protseduur, kuid uuringu läbiviijad teevad ettepaneku keerulisemate juhtumite puhul senisest siiski sagedamini ekspertiise läbi viia. Samuti on mõistlik iga läbiviidava ekspertiisi puhul anda ekspertiisi aktis hinnang kompleksravi kohaldamise määramise/mittemääramise kohta. See hõlbustaks kriminaalhooldusametnikul või vanglateenistuse ametnikul teha ettepanekut kompleksravi kohaldamise kohta. Samuti aitab see kompleksravi kohaldajal ravi määrata.
3. Kompleksravi kohaldamisel selgub, et otstarbeka ja tulemusliku ravi pakkumine on raskendatud, kuna ekspertiisi ei ole läbi viidud. Samuti on kompleksravi kohaldajal keeruline tutvuda isiku kriminaaltoimikuga (nendega on võimalik tutvuda vaid kohapeal). Uuringu läbiviijad teevad ettepaneku, et kriminaalhooldusametnik või vanglateenistuse ametnik lisaks oma ettepanekule kompleksravi kohaldamise kohta ka vastavad asjakohased väljavõtted kriminaaltoimikust.

⁴⁴ Tingimused, millele seksuaalkurjategija peab vastama pääsemaks kompleksravile on kirjeldatud ülal.

4. Samuti ei ole lõplikult selge, kuivõrd on isik *tegelikult* teadlik oma kohustustest seoses kompleksraviga nõustumisega. Pigem on isikule küll tutvustatud kõiki nõudeid ja tema kohustusi, kuid patsient suhtub nendesse pigem kui järjekordsesse riigipoolsesse „formaalsusse“.
5. Kui ravi osaks on ravimite suu kaudu manustamine, siis hetkel ei ole seda võimalik lõplikult kontrollida, kas patsient nimetatud medikamente ka tingimustekohaselt manustab. Ravi kohaldajal puudub nii kohustus kui ka tehniline võimekus vastavaid teste läbi viia⁴⁵. Arvestades seda, et enamik kasutatavaid ravimeid on annustatavad depoovormis, ei ole tegu kõige akuutsema probleemiga.

Ravi vanglasüsteemis

Seksuaalkurjategijate ravi vanglas toimub Tartu vanglas, kasutades selleks nii spetsiaalselt välja töötatud vastavat seksuaalkurjategijate kohtlemise mudelit kui ka rakendades pilootprojekti „Uus suund“.

Vastavalt Tartu vanglas kasutatavale seksuaalkurjategijate kohtlemise mudelile toimub seksuaalkurjategijate hindamine, kasutades selleks mõõtmisvahendeid Static-99, Static.-2002R, Stable-2007 ja Acute-2007. Rehabilitaatorite tegevuste planeerimisel lähtutakse kinnipeetavate riskitasemest (Static99 skoor 4 ja kõrgem või Static-2002R skoor 5 ja kõrgem). Kõrge riskiga seksuaalkurjategijatele võimaldatakse osalemist kuriteopõhises sekkumises (programm „Uus Suund“) 4 kuni 6 kuud enne tingimisi ennetähtaegse vabanemise võimalus. Madala riskiga seksuaalkurjategijatele võimaldatakse kuriteopõhise sekkumisprogrammi läbimist vaid motivatsiooni olemasolul. Static-2002R skoori 2 või vähem korral on sekkumisprogrammi kaasamisel vaja meeskonnajuhi otsust.

Tartu vanglas viibib 100-130 seksuaalkurjategijat, sekkumisprogrammi pikkus on kolm kuud. Uuringu läbi viinud ekspertide hinnangul oleks mõistlik ja vajalik, et ravi (sh medikamentoosne ravi) jätkuks vanglas ka pärast sekkumisprogrammi lõppu, kuid

⁴⁵ Tehniline võimekus vajalike testide läbiviimiseks on Eestis olemas. Hetkel ei näe kompleksravi kohaldamist reguleeriv justiitsministri määrus ette vastavate testide läbiviimist. Uuringu läbiviijad teevad ettepaneku täiendada nimetatud määrust viisil, mis võimaldaks vajalike testide kohustuslikku läbiviimist põhjendatud kahtluste korral.

hetkel ei ole see paraku võimalik. Ravi jätkamist pärast sekkumisprogrammi lõppu ei näe ette hetkel kehtiv seadusandlus. Samuti nõuaks ravi jätkamine oluliselt suuremaid ressursse (rahalised, inimressurss) kui hetkel on võimalik kasutada. Ravi jätkumine suurendab kasutatavate meetmete tõhusust ning vähendab seksuaalkurjategijate retsidiivsusrisiki.

Psühhomeetriliste skaalade kasutamine seksuaalhäbelise käitumisega isikute ravis

Üheks olulisemaks vahendiks seksuaalkurjategijate ning seksuaalhäbelise käitumisega isikute ohtlikkuse astme määratlemisel ning sellest johtuvalt sobiva raviprogrammi, viiside ja –metoodika määratlemisel on erinevad psühhomeetrilised skaalad. Uuringu läbiviijad analüüsisid erinevaid väljatöötatud skaalaid lähtuvalt nende otstarbekusest (milliseid skaalaid peaks kasutama, millised on nende eesmärgid), nende sobilikkusest (kuidas skaalad omavahel suhestuvad) ning keerukusastmest (kui palju võtab aega ühe skaala kasutamine, kui suur ja milline peab olema meeskonna koosseis jne).

Skaalade kasutamiseks on mitmeid võimalikke eesmärke:

- sõeluuringu ehk *skriiningu*⁴⁶ läbiviimine;
- ravile suunamise põhistamine (määrata, milline ravi võiks sobida- näiteks kas patsient võiks olla vastuvõtlik kognitiiv-käitumisteraapiale);
- ravi edukuse hindamine;
- retsidiivsusrisiki hindamine (nii võimaliku ennetähtaegse vabastamise puhul kui ka tähtaegsel vabastamisel).

Samuti tuleb arvestada taustsüsteemi erinevaid elemente:

- praktilised asjaolud:
 - kohustuslik vs vabatahtlik testimine;
 - testi kasutaja väljaõpe ja kogemus testi läbiviimisel;
 - testi eesmärk: sõeluuring vs diagnostika;
 - ühilduvus teiste (näiteks praegu vanglas kasutatavate) hindamisvahenditega.
- testide kohandatavus ja kasutatavus Eestis;

⁴⁶ Psüühikahäirete efektiivne ja varajane (kui see on relevantne) avastamine kinnipeetavate hulgas

- tõlke sobivus ja kvaliteet;
- normid: kas on olemas Eesti elanikkonda (või sihtpopulatsiooni) esindav normvalim. Kui mitte, siis kas sobib kasutada teiste maade omi;
- valiidsus: kui testi kohta on olemas valiidsusinfo, siis kas see on piisav.

Peamised kasutatavad testid jagunevad alljärgnevalt:

Vaimse võimekuse testid, millest olulisim on Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS)⁴⁷. WAIS on maailmas tuntumaid ja enim kasutatud intelligentsusteste⁴⁸. WAIS on eesti keelde adapteeritud Tartu ülikoolis: teadaolevalt on sel teemal kaitstud 3 magistritööd, lisaks kümme seminaritööd. Seega on loodud piisavad eeldused testi teaduspõhiseks ning Eesti konteksti arvestavaks kasutuselevõtuks.

WAIS individuaaltesti läbimine võtab aega mitu tundi. Olenevalt patsiendist võib minna ka kauem, isegi mitu päeva. Läbiviimine eeldab eriväljaõpet. Sobib kasutamiseks olukorras, kus tulemuse täpsus on kriitilise tähtsusega, näiteks vaimse arengu mahajäämuse diagnoosimisel.

Alternatiivina või komplementaarsena WAIS individuaaltestile võib kaaluda sõeltestina kasutamiseks (kui see on relevantne) mõne „paber-ja-pliiats“ või „hiir-ja-monitor“ tüüpi testi kasutamist. Uuringu läbiviijate hinnangul sobiks selleks Raveni progresseeruvate maatriksite⁴⁹ kasutamine, kuid tuleb arvestada, et nende autoriõigus kuulub firmale Pearson Assessments⁵⁰. Lisaks on Tartu Ülikoolis koostatud/kohandatud veel mõned vaimsete võimete testid, mille kasutamist saaks vajadusel kaaluda.

Psüühikahäireid mõõtvad testid, millest olulisim on sõeluuringuks sobiv MINI neuropsühhiaatiline intervjuu⁵¹. Paraku on aga selle täpsus (kokkulangevus kliinilise diagnoosiga) kaugel ideaalsest ning tuleb arvestada veaprotsendiga (valepositiivsed ja -

⁴⁷ http://en.wikipedia.org/wiki/Wechsler_Adult_Intelligence_Scale

⁴⁸ R. J. Sternberg & S. B. Kaufman (Eds., 2011), Cambridge Handbook of Intelligence New York: Cambridge University Press.; D. P. Flanagan, & P. L. Harrison (2005), *Contemporary Intellectual Assessment: Theories, Tests, and Issues*. Guilford Press

⁴⁹ http://en.wikipedia.org/wiki/Raven%27s_Progressive_Matrices

⁵⁰ www.pearsonassessments.com

⁵¹ J. Clin Psychiatry. 1998;59 Suppl 20:22-33;quiz 34-57. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. Sheehan D. V., Lecrubier Y., Sheehan K. H., Amorim P., Janavs J., Weiller E., Hergueta T., Baker R., Dunbar G. C..

negatiivsed tulemused), mis ei pruugi Eestis olla sama, mis teistes maades. Teiselt poolt - täpsuse optimeerimine ei pruugi olla kõige olulisem, seksuaalkurjategijate puhul tuleb nii või teisiti arvestada psüühikahäirete kõrge levimuse ja kõrge komorbiidsuse osakaaluga⁵².

MINI intervjuu läbiviimise ajakulu on keskmiselt 16.4 minutit⁵³, intervjuu viib läbi kas psühhiaater või psühholoog. Kui väljaõppinud intervjuueerija kasutamine ei ole võimalik, siis võib kaaluda mõne enesekohase sõelküsimumstiku kasutamist. Eestis on laialdaselt kasutusel Anu Aluoja koostatud „Emotsionaalse enesetunde küsimustik⁵⁴“ (EEK), mille kasuks räägib lühidus ja läbiviimise lihtsus, kuid mis on muidugi MINI intervjuust märksa vähem informatiivne.

Isiksusehäireid ja psühhopaatiat mõõtvad testid, millest kõige laialdasemalt on kasutusel PCL-R⁵⁵ test. Hindamisprotseduur koosneb spetsialisti poolt läbi viidud intervjuust ja dokumentidel põhinevast hindamisest. Hinnatakse 20 kriteeriumi skaalal (0; 1; 2), seega jääb koondskoor vahemikku 0...40.

Ühe testi läbiviimine võtab aega 150-180 minutit (nii intervjuud kui ka kriteeriumide hindamine). Nõuded läbiviijate treenimiseks on väga põhjalikud. Uuringud⁵⁶ näitavad muuhulgas, et infot PCL-R valiidsusest saab usaldada ainult niivõrd, kuivõrd saab kindel olla, et intervjuu läbiviimisel ja skoorimisel rakendatakse standardiseeritud protseduure. PCL-R-ist on olemas skriininguversioon (PCL:SV), mille läbiviimine võtab aega 75 minutit, kuid nõuded läbiviijale on samad.

Isiksusehäirete hindamiseks on lisaks mitmeid täiendavaid võimalusi. On olemas lühikesi enesekohaseid isiksusehäirete sõelküsimumstikke, mida on lihtne kasutada. Selliste testide probleem on küsimuste läbipaistvus, seega kui vastajale tundub, et talle

⁵² Prantsusmaal läbi viidud uuring näitab, et 89% kinnipidamisasutuses viibivatest seksuaalkurjategijatest oli MINI intervjuu järgi mõni psüühikahäire. Neist enamikul juhtudel rohkem kui üks häire [keskmiselt 2,72], vt ka Chabaliere & Forzan 2009, Annales Medico-Psychologiques 167: 576–582.

⁵³ Pinninti et al 2003, European Psychiatry 18: 361-364.

⁵⁴ <http://www.kliinikum.ee/psyhhaatriakliinik/lisad/ravi/dgn/EEK/EEK.htm>

⁵⁵ http://en.wikipedia.org/wiki/Hare_Psychopathy_Checklist

⁵⁶ Mokros jt (2011, International Journal of Law and Psychiatry, 56-63) võrdlesid USA ja Saksamaa tulemusi ning leidsid, et need on võrreldavad kahe peamise faktori osas (interpersonaalne ja elustiil), kuna ülejäänud kaks faktorit (afektiivne ja antisotsiaalne) ei olnud võrreldavad, st skoore ei saa pidada samatähenduslikuks.

on kasulik teeselda häiret, siis on tal seda väga lihtne teha. Eestis on kasutusel IPDE-ICD-10 struktureeritud intervjuu, mille läbiviimine nõuab põhjalikku koolitust.

Lisaks on eesti keelde Tartu Ülikoolis kohandatud *Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality-2(TM)*⁵⁷ millele on välja töötatud ka eesti normid. Küsimustikus on 390 väidet, millele tuleb vastata jah/ei vormis.

Isiksusehäirete sõeltestina saab kasutada ka mõnda üldotstarbelist isiksuse küsimustikku, kus isiksusehäirete indeksina kasutatakse testitava profiili sarnasust häire profiiliga (viimane võib põhineda ekspertide hinnangutel või reaalsete sama häirega isikute vastustel). Teste, mida saab sellisel moel kasutada, on Eestis olemas mitu, sealhulgas kaks Eestis koostatut: EPIP-NEO⁵⁸ (240 väidet,) ja S5⁵⁹ (60, lühiversioonis 30 väidet).

Lisaks võib kasutada täiendavaid neuropsühholoogilisi teste, eristamaks neuroloogilisi häireid n-ö „psühhoogensetest“ häiretest, muuhulgas sobiva teraapia soovitamiseks. Võimalik oleks kasutada mõnda arvutipõhist testi, mille läbiviimine ei nõuaks eriväljaõpet.

Oluline on rõhutada, et nii ravi edukuse kui retsidiivsusrisi hindamisel ei saa enesekohaseid küsimustikke kasutada ainsa ja määrava otsustusvahendina.

Tartu vanglas toimub seksuaalkurjategijate hindamine, kasutades selleks mõõtmisvahendeid Static-99, Static-2002R, Stable-2007 ja Acute-2007. Nimetatud hindamisvahendid on mõeldud retsidiivsusrisi hindamiseks ja koosnevad reeglistikust, mille alusel kvalitatiivsest infost tuletatakse numbriline riskiskoor. Hindamisvahendite juhenditele on lisatud Kanadas välja töötatud valiidsusinfo (näiteks retsidiivsuse määrade tabelid). Vahendid sobivad kahtlemata ka Eestis kasutamiseks, kuid oluline on tähelepanu pöörata järgnevatele asjaoludele:

- Nimetatud hindamisvahendite põhieesmärgiks on vähendada subjektiivse mulje

⁵⁷ (SNAP-2, Simms, L. J., & Clark, L. A. (2006). The Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality (SNAP): A dimensional measure of traits relevant to personality and personality pathology. In Steven Strack (Ed.), *Differentiating normal and abnormal personality* (pp. 431-450). New York: Springer.).

⁵⁸ Mõttus jt *European Psychological Assessment*, 2006, vol 22, pp 149-157.

⁵⁹ Konstabel et al., *European Journal of Personality*, 2012, 26(1), 13 – 29.

mõju hinnangule. Seega tuleb kindlustada, et hindamist viiakse läbi täpselt juhendi alusel ja kõigi hindajate poolt võimalikult täpselt ühtmoodi. Vastasel korral ei saa loota, et tulemused annaksid riskitegurite kohta paremat infot kui lihtsalt subjektiivne mulje. Juhul, kui ilmneb, et Eesti tingimustes peaks mõnda tegurit hindama teistmoodi, tuleb esiteks selle teguri mõju täpsemalt uurida ning seejärel kokku leppida hindamisjuhendi kohalikud täiendused.

- Valiidsusinfo (näiteks STATIC-2002 juhendis lisa IV lk 79) on väga oluline hindamisvahendi mõistlikuks kasutamiseks. Kanadas välja töötatud valiidsusinfo ei pruugi Eestis oludes täielikult kehtida ning seetõttu tasub uurida, kas samalaadset infot on võimalik saada Eestile lähematest maadest, kus sama vahendit kasutatakse. Samuti tuleb kindlasti skoori seost tegeliku retsidiivsusega Eestis süstemaatiliselt järgida. Kuid muidugi on Kanadast pärinev info parem kui info puudumine - ja seda tuleks kasutada, kuni Eesti valiidsusinfo ei ole piisavalt usaldusväärne.

Teiste riikide KSKK-tüüpi institutsioonide toimimise mudelite analüüs

Vastavalt uuringu lähteülesandele on käesoleva alapunkti eesmärgiks selgitada välja, kuidas on ravivajajate teenuse juurde suunamine ja pääsemine erinevate sihtgruppide ning erinevate ohtlikkusastmega seksuaalkurjategijate lõikes korraldatud teistes riikides. Lähteülesande kohaselt analüüsiti Suurbritanniat, Hollandit, Soomet ja Rootsit. Suurbritannia ja Hollandi puhul oli valikukriteeriumiks pikaajaline kogemus STOP-tüüpi⁶⁰ programmide rakendamisel, Soome puhul pikaajaline kogemus valdkonnas ning sotsiaal-kultuurilised sarnasused. Rootsis lähtuti ravijuhises välja toodud seisukohast, mille kohaselt on seal kasutatav süsteem ilmselt parim mudel rakendamiseks ka Eestis.

Analüüsi juures lähtuti järgmistest põhimõtetest:

- põhifookuseks on seksuaalkuriteo juba sooritanud inimeste probleemide lahendamisele suunatud KSKK-tüüpi lahenduse analüüs, st eelduseks on see, et inimene on juba teatud ulatuses ravi läbinud KSKK tüüpi institutsioon valitud

⁶⁰ Seksuaalkurjategijate Programm Vanglas, mille põhiline eesmärk on tõsta kurjategija motivatsiooni vältida järgmise kuriteo toimepanemist ja arendada enesejuhtimise oskusi retsidiivsuse vältimiseks.

riigis ei pea kujutama enesest mingit konkreetset organisatsiooni ega struktuuri, vaid ka vähem või rohkem seotud erinevate teenusepakkujate kogumit

- erinevate riikide tervishoiukorraldus on väga erinev, mistõttu analüüs ei käsitle variante, mis nõuavad põhimõttelist muudatust Eesti tervishoiupoliitikas ja korralduses, v.a juhud, mis on analüüsi teostaja hinnangul hädavajalikud KSKK ellukutsumiseks Eestis.

Suurbritannia on üks pikaajalisemate traditsioonidega riike, kus seksuaalkurjategijate ravi ja rehabilitatsiooniga on süstemaatiliselt tegeletud. Valitsuse 2007. aasta tegevuskava seksuaalse vägivalla ja ärakasutamise vastu võitlemise kohta⁶¹ keskendub seksuaalse vägivalla ja ärakasutamise esinemissageduse vähendamisele ehk preventsiiooni maksimeerimisele. Täiendavalt on Šotimaal kurjategijate ohjamiseks loodud riiklik strateegia⁶², mille eesmärk on vähendada nii retsidiivsusust kui ka nende väga tõsiste kuritegude osakaalu, mille on sooritanud juba kriminaalsüsteemile teada olevad kurjategijad.

Ravimeetodid on teinud läbi oma loomuliku arengu, st põhinedes ja arvestades mingi konkreetse ajahetke parimaid tõenduspõhiseid teadmisi. 1970-1980ndatel keskenduti peaasjalikult medikamentoossele ravile, millele 1980ndatel lisandus ka antihormoonravi. Käesoleval ajal on kasutuses kompleksmeetodid, mis hõlmavad nii medikamentoosset kui ka psühhoteraaptilist sekkumist⁶³. Sarnaselt Suurbritannia lähenemisele lähtub ka Eesti ravijuhis seksuaalkurjategijate menetlemiseks kompleksravi põhimõttest ning seda kasutatakse ka ravile allutatud kurjategijate puhul.

Suurbritannias toimus ravi peaasjalikult vanglates või selleks spetsiaalselt loodud ja välja arendatud üksustes. Viimastest oli vahest tuntuim Wolwercote'i kliinik Epsomis, mis tegutses kuni aastani 2002. Statistika kohaselt oli Wolwercote'i kliinik üks tulemuslikumaid institutsioone Suurbritannias – 80% kliinikus ravitud seaduserikkujatest uut seksuaalkuritegu toime ei pannud⁶⁴. Töö tõhusust põhjendati

⁶¹ <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+/http://www.homeoffice.gov.uk/documents/Sexual-violence-action-plan2835.pdf?view=Binary>

⁶² <http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/121591/0029340.pdf>

⁶³ Suurbritannia Justiitsministeeriumi infoleht "What Works in Sex Offender Treatment"

⁶⁴ Assessment and Treatment of Sex Offenders: A Handbook, Anthony R. Beech, Leam A. Craig, Kevin D. Browne John Wiley & Sons, 2009.

sellega, et kuna kliinik oli kinnine asutus, oli seetõttu ka ravi intensiivsem. Ravi ehitati üles grupitööle ning keskenduti seksuaalkurjategijate arusaamani jõudmisele sellest, millised on seksuaalkuritegude tagajärjed ohvritele. Kliinikus raviti kokku 280 seksuaalkurjategijat. Kliinikus oli 25 voodikohta, keskmine ravil viibimise aeg oli 11,5 kuud. Paraku oli statsionaarne ravi äärmiselt kulukas ning seeläbi riigi seisukohalt liigse ressursivajadusega. Eesti oludes ei ole uuringu läbiviijate hinnangul otstarbekas spetsiifilist seksuaalkurjategijate raviks mõeldud haiglat välja arendada. Küll aga on oluline parandada oluliselt psühhiaatriateenuste kättesaadavust.

Käesoleval ajal põhineb Suurbritannia süsteem ravile vanglasüsteemis, millele järgneb põhjalik rehabilitatsioon kriminaalhooldussüsteemis. Ravi kohaldatakse kõikidele kurjategijatele, ravi sisu sõltub kurjategijate ohtlikkusest ja retsidiivsusest. Ravi võimalus alternatiivina karistuse asemel Suurbritannias puudub. Isepöördujatel on võimalus abi saada anonüümselt nõuande- ja infotelefonilt. Telefon pakub inimestele, kes on mures oma seksuaalhälbelise käitumise pärast (või sellise käitumisega inimeste lähedastele) nõuandeid, tuge ja soovitusi, mida edasi teha, sh inimese vabatahtliku psühhiaatri poolde pöördumise innustamine ja toetamine.

Esmase ravietapeina on vanglasüsteemis laialdaselt kasutatav Seksuaalkurjategijate Programm Vanglas (SOTP), mis koosneb viiest erinevast grupitöö programmist. SOTP-programmi põhiline eesmärk on tõsta kurjategija motivatsiooni vältida uusi kuritegusid ja arendada enesejuhtimise oskusi retsidiivsuse vältimiseks. Hetkel koosneb SOTP-programm 86 sessioonist. Suur rõhk on grupitööl, et kurjategijad saaksid avalikult üksteisele tunnistada, et neil on vaja muutuda.

Ideaalis osaleb kinnipeetu vanglas läbiviidavas raviprogrammis ja ravi jätkub pärast vabanemist osana kriminaalhooldusest (ravi iseloom sõltub konkreetse isiku vajadustest). Inglismaa kriminaalhooldusprogrammid on piisavalt paindlikud, et võimaldada tegeleda seksuaalkurjategijatega, kes on raviga jõudnud erinevatele tasemetele või kelle raviga veel alustatudki ei ole. Vanglate ja kriminaalhooldussüsteemi programmid kasutavad sama riskihindamise meetodikat. Ka Eestis on juurutatud sama lähenemine.

Suurbritannia süsteem on seega „detsentraliseeritud“, rõhudes põhimõttele, mille kohaselt on seksuaalkurjategijate ravis ja rehabilitatsioonis olulisel kohal nii tegevused vanglas kui ka pärast vabanemist kogukonnas. Erinevad Suurbritannias läbi viidud uuringud⁶⁵ näitavad, et selline tegevuste kombinatsioon vähendab oluliselt retsidiivsust. Uuringu läbiviijate hinnangul ei sobi kogukonnapõhine vabastamisjärgne rehabilitatsioon ja sotsialiseerimine Eesti oludesse. Ühelt poolt ei sobi see kokku Eesti haldussüsteemi ning tervishoiukorralduse põhimõtetega, teiselt poolt ei ole see sotsiaalkultuuriliselt vastuvõetav.

Tsentraliseeritud institutsiooni Suurbritannias ei eksisteeri (seda ei eksisteeri ka üheski Suurbritannia osas, ei Inglismaal, Šotimaal, Walesis ega Põhja-Iirimaal). Selle põhjused on paljuski ajaloolised ja geograafilised ning põhinevad lokaalsete struktuuride autonoomsusel, kuid seda toetab ka tänapäeva Suurbritannias valitsev seksuaalkurjategijate menetlemise mudel, kus nii ravi kui rehabilitatsioon on jagatud sobivas proportsioonis vanglasüsteemi ja kriminaalhooldussüsteemi vahel.

Suurbritannia valdkondlik katusorganisatsioon on National Organisation for the Treatment of Sexual Abusers ehk NOTA⁶⁶. NOTA on valitsusväline organisatsioon, mis teenib oma tulu liikmetasudest ning erinevate valdkondlike koolituste läbiviimisest. Avaliku sektori rahastust organisatsioon ei saa. NOTA roll on pakkuda seksuaalkurjategijatega tegelevatele spetsialistidele erinevaid tugivõimalusi (informatsiooni levitamine, uuringute läbiviimine ja tulemuste tutvustamine, uute ja innovaatiliste ravi- ja rehabilitatsioonimeetodite tutvustamine ja populariseerimine, strateegiate ja poliitikate mõjutamine jne). Põhimõtteliselt kannab NOTA nõ valdkondliku arendustegevustega tegeleva kompetentsikeskuse rolli, kuid ta ei tegele vahetult seksuaalhälbelse käitumisega isikute ravi, rehabilitatsiooni ega nõustamisega. Eesti oludes ei ole uuringu läbiviijate hinnangul mõistlik olemasolevat niigi nappi kompetentsi killustada ning tugiteenuseid vahetust ravi osutamisest eristada.

⁶⁵ Hanson, R. K., Bourgon, G., Helmus, L., & Hodgson, S. (2009). The principles of effective correctional treatment also apply to sexual offenders: A Meta-analysis. *Criminal Justice and Behavior*, 36, 865-891.

⁶⁶ <http://www.nota.co.uk/>

Hollandi süsteemi spetsiifiline eripära on rõhumine erinevat tüüpi ja eriilmeliste ennetustegevustele. Hollandi lähenemine rõhutab, et varajane sekkumine ja märkamine on retsidiivsuse ennetamises olulised võtmesõnad, hõlmates nii hariduspoliitikat, avalikkuse teavitamist, noorsootöö edendamist, võrgustikutöö arendamist kui palju muudki. Eriti oluline on siinjuures töö noortega, mille laiahaardelisus ja põhjalikkus on suurim kõikidest uuritud riikidest. Rutgers WPF⁶⁷ tegeleb Hollandis kogu seksuaaltervise valdkonna töö koordineerimise ja juhtimisega⁶⁸. Tegelemine noorte ja seksuaalkurjategijatega ei ole organisatsiooni põhifookus, vaid üks võrdselt oluline tegevusvaldkond. Olulisel kohal on aktiivne tegelemine ka noorte seksuaalkurjategijatega (niinimetatud „esmased rikkujad“ vanuses 12-18 eluaastat). Arvestades seda, et seksuaalhäbeline käitumine ning seksuaalkuritegude sooritamine on sageli oma loomult eskaleeruv – st sageli liigub isik mittekriminaalselt seksuaalhäbeliselt käitumiselt erinevate „hands off“⁶⁹ parafiiliate juurde ning seejärel halvimal juhul „hands on“⁷⁰ parafiiliani - on vajalik sekkuda võimalikult varajases faasis.

Sarnaselt Suurbritanniale on Hollandis seksuaalkurjategijate ravi ja rehabilitatsioon hetkel kasutatavad kompleksmeetodid, mis hõlmavad nii medikamentooset kui ka psühhoteraapilist sekkumist⁷¹. Seksuaalkurjategijate ravi pakutakse Hollandis nii ambulatoorses kui statsionaarses vormis.

Ambulatoorset ravi osutab Hollandis de Waag kliinik (<http://www.dewaagnederland.nl/>), kus pakutakse ravi üle 12-aastastele sihtgrupi

⁶⁷ <http://www.rutgerswfp.org/>

⁶⁸ Organisatsiooni Eesti ekvivalent on Eesti Seksuaaltervise Liit (www.estl.ee)

⁶⁹ *Hands off* parafiiliad on mittevägivaldsed seksuaalhäbelise käitumise ilmingud, kus seksuaalhäbelise käitumisega isiku ja teise isiku vahel ei toimu seksuaalsuunitlusega kontakti. Siia alla kuuluvad näiteks ekshibitsionism, vuajerism, transvestism jne. Ülevaadet *hands off* parafiiliatest vaata Rosner, R. (2000) "Principles and Practice of Forensic Psychiatry, 2 edition" A Hodder Arnold Publication, 2000. Ülevaadet erinevatest perversiteetidest vt "Ravijuhis seksuaalkurjategijate menetlemiseks" (http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/Tervishoid/Seksuaalkurjategijate_ravijuhis_2011.pdf).

⁷⁰ *Hands on* parafiiliad on vägivaldsed seksuaalhäbelise käitumise ilmingud, kus teine osapool võib osaleda omast vabast tahtest või ka tahtevastaselt. Siia alla kuuluvad näiteks pedofiilia, seksuaalne sadism, seksuaalne masohhism, froterism jne. Ülevaadet *hands on* parafiiliatest vaata Rosner, R. (2000) "Principles and Practice of Forensic Psychiatry, 2 edition" A Hodder Arnold Publication, Ülevaadet erinevatest perversiteetidest vt "Ravijuhis seksuaalkurjategijate menetlemiseks" (http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/Tervishoid/Seksuaalkurjategijate_ravijuhis_2011.pdf).

⁷¹ http://www.efp.nl/sites/default/files/webmasters/zp_sgg_laatste_versie_2013-01-03.pdf

liikmetele. Ravi eest tasub Hollandi riiklik tervisekindlustussüsteem, lisaks on patsiendil vaja katta omaosalus 350 eurot aastas. Ambulatoorse ravi sihtgrupp on seksuaalkurjategijad, kes on sooritanud seksuaalse väärkohtlemisega seotud kuriteo ainult korra, tunnistavad vähemalt osaliselt oma kuritegu ja ei kasutanud kuriteoaktis füüsilist vägivalda. Ambulatoorne ravimudel baseerub kognitiiv-käitumuslikul lähenemisel, milles on rõhk asetatud kuritegeliku käitumise ennetamisele ja retsidiivsuse vähendamisele, rakendades nii individuaalset kui grupinõustamist. Kurjategijaid, kelle käitumine küll vastab nendele kriteeriumitele, kuid kellel on sõltuvushäired, psühhopaatilised häired või kelle IQ on alla 80, suunatakse vaid statsionaarsele ravile (nimetatud häirete kindlakstegemine toimub de Waag kliinikus, kasutades erinevaid valdkondlikke teste).

Teine Hollandi süsteemi eripära on see, et Hollandis puudub seksuaalkurjategijatele mõeldud ravi vanglas, samuti ei paku kinnipidamisasutused ei grupi- ega individuaalnõustamist, mis oleks mõeldud spetsiaalselt just seksuaalkurjategijatele. Kuni 1980ni toimus seksuaalkurjategijate sundravi vaid kõrge turvalisusastmega, riigi poolt hallatavates haiglates, kus kohaldati tahtest olenematut ja sundravi psühhiaatrilistele patsientidele (muuhulgas viidi nendes haiglates läbi ka kohtupsühhiaatrilisi ekspertiise). Vabatahtlikku ravi kuni aastani 1980 ei toimunud. Käesoleval ajal on selliseid haiglaid Hollandis 9 ning igas haiglas on seksuaalkurjategijate osakaal ravialustest ca 30%. Sellisele statsionaarsele ravile suunatakse kurjategijad, kes on toime pannud väga raskeid seksuaalkuritegusid. Haiglate lõikes on raviprogrammid erinevad. Mõni haigla rakendab psühhodünaamilisi meetodeid, kuid kasutusel on ka käitumusliku teraapia lähenemisviisid.

KSKK tüüpi asutustele sarnasim institutsioon Hollandis on Hollandi Seksuaalvägivalla Keskus⁷², mille fookus on suunatud seksuaalkuritegude ohvritele. Keskuses töötavad erinevate valdkondade spetsialistid (arstid, õed, psühholoogid, sotsiaaltöötajad), kes pakuvad ohvritele erinevaid ravi- ja rehabilitatsiooniprogramme ning osalevad ka kuritegude ennetuses. Lapsohvritele on spetsialiseerunud de Forensische Polikliniek

⁷² <http://www.centrumseksueelgeweld.nl/>. Kuigi keskuse fookus on erinev (ohvrid), on oluline rõhutada, et tegu on institutsiooniga, kuhu on koondatud erinevate seonduvate valdkondade kompetents.

Kindermishandeling⁷³. Hollandi Kohtupsühhaatria Kompetentsikeskuse⁷⁴ tegevus on osaliselt suunatud ka seksuaalhäbelise käitumisega isikutele. Aastatel 2008-2009 töötati keskuses välja muuhulgas ka seksuaalhäbelise käitumisega isikutele suunatud psühhaatrilise ravi laiaulatuslikud programmid (seksuaalhälbe diagnoosimine, riskihindamine, ravi ja rehabilitatsioon), mida jooksvalt täiendatakse ja kaasajastatakse. Keskus tegeleb peamiselt kohtupsühhaatria valdkonna koordineerimisega Hollandis ning valdkondlike programmide väljatöötamisega. Vahetut ravi keskus ei paku, kuid juhul, kui nende poole pöördub mõni klient, suunatakse viimane talle sobivasse raviasutusse.

Soomes põhineb seksuaalkurjategijate ravi ennekõike kognitiiv-teraapilistel lähenemistel. Soome vanglasüsteemis on kasutusel grupiteraapiapõhine nn STOP-programm⁷⁵, kuhu suunatakse süüdimõistetud seksuaalkurjategijad, kelle risk sooritada uus seksuaalkuritegu vabanemisele järgneva 10 aasta jooksul on suurem kui 10% (sihtrühma liikmeid testitakse jooksvalt). Programmi kaasatakse kurjategijad, kelle riskitase on vähemalt keskmine⁷⁶, sest uuringud on näidanud, et programm on efektiivselt just sellele sihtrühmale⁷⁷. 170-tunnise programmi põhiline eesmärk on tõsta kurjategija motivatsiooni, et vältida uue kuriteo toimepanemist ja arendada enesejuhtimise oskusi retsidiivsuse vältimiseks.

Laialdast kasutust Soome vanglasüsteemis on leidnud ka individuaalne „Uusi Suunta⁷⁸“ programm, mis koosneb kolmest osast ja on suunatud seksuaalkurjategijate rehabilitatsioonile. Programm tugineb ja põhineb kognitiiv-teraapilisel lähenemisel, kasutab kurjategijate hindamisel RNR-mudelit (*risk, need, resposivity*) ja kasutab rehabilitatsiooni läbiviimiseks Hea Elu Mudeli teooria põhimõtteid. Programmi kestus on 12 nädalat.

⁷³ <http://www.polikindermishandeling.nl/english>

⁷⁴ <http://www.efp.nl/en/about-efp>

⁷⁵ Olemuselt on programm sarnane paljudes teistes riikides kasutusel olevatega, sh Suurbritannia vastavasisulistele lähenemistele.

⁷⁶ Sarnaselt Inglismaaga põhineb vanglasise ravi määramine kurjategija ohtlikkuse ja retsidiivsustme väljaselgitamisel.

⁷⁷

http://oikeusministerio.fi/fi/index/julkaisut/julkaisuarkisto/200901seksuaalirikollistenhoito/Files/OM_TR_2009_1_86_s.pdf

⁷⁸ Sama programm on kasutusel ka Eestis, Tartu vanglas.

Soome Justiitsministeeriumi töörühm analüüsis 2009. aastal seksuaalkurjategijate ravivõimalusi ning tegi ettepaneku võimaldada seksuaalkurjategijale ravi asendava osana karistussüsteemist. Töörühma ettepanekute kohaselt peaks ravimravi jääma vabatahtlikuks ning seda tuleks kasutada kombineeritult muude psühholoogiliste ja sotsiaalsete meetmetega (nt kognitiiv-käitumuslikud programmid, elektrooniline järelevalve)⁷⁹.

Alates 2013. aastast kehtib Soomes sarnaselt Eestile võimalus kohaldada kompleksravi asenduskaristusena⁸⁰. Aastast 2014 jõustub Soomes reformikava, milles sätestatakse, et ennetähtaegset vabadusse pääsemist kui tunnustust hea käitumise ja paranemise eest võib vangi veelgi pool aastat varem vabastada tingimusel, et talle määratakse kas medikamentoosne või psühho - sotsiaalne ravi. Sellega madaldatakse libiidot, taandatakse seksuaalhäbelisi tunde ning õpitakse selle erinevaid väljendusi kontrollima. Ravimite manustamisega alustatakse enne vabastamist ning see peab jätkuma katseaja jooksul. Vanglast vabanenud isikud on pideva järelevalve all, mis on esialgu mobiilne ning hiljem rakendatakse vajadusel kas randme või pahkluu ümber kinnitatavat kontrolliseadet. Kui ennetähtaegselt vabanenu ravirežiimi ei järgi, saadetakse isik uuesti vangi. Erinevalt Eestist ei ole kompleksravi kohaldamine seotud kindlate karistumääradega.

KSKK tüüpi institutsiooni Soomes ei eksisteeri. Isepöördujatel on võimalus pöörduda psühhiaatri poole sarnaselt teiste psühhiaatriliste probleemidega isikutele. Viimastel aastatel on tehtud ettepanekuid, luua spetsiaalne ravisüsteem just seksuaalhäbelise käitumisega isikutele, kuid ettepanekutest kaugemale ei ole jõutud.

Rootsis on viimasel kümnendil seksuaalkuritegude valdkonnale ning ravi korraldamisele pööratud kõrgendatud tähelepanu, sest seksuaalkuritegude arv kasvas

79

http://oikeusministerio.fi/fi/index/julkaisut/julkaisuarkisto/200901seksuaalirikollistenhoito/Files/OM_TR_2009_1_86_s.pdf

⁸⁰ Spetsiaalset keskust kompleksravi kohaldamiseks Soomes loodud ei ole. Ravi pakuvad erinevad psühhiaatrid.

viimasel kümnendil kiiresti⁸¹. Rootsi kinnipidamisasutustes on seksuaalkurjategijate kohtlemiseks kasutusel nn *ROS*-programm, mis koosneb kolmest osast:

- teavitusmeetmed, mille eesmärgiks on vangi teavitamine ühiskonna seisukohtadest ja hinnangutest seksuaalkuritegude suhtes, samuti ülevaate andmine valdkonda reguleerivatest õigusaktidest ning vanglates leiduvatest võimalustest raviks ja psühhoteraapiaks. Meede on kohustuslik kõikidele vangidele ja selle läbimine on osa karistusest;
- motivatsiooniprogramm, mille eesmärgiks on mõjutada vangi ravis (nt psühhoteraapia) osalema. Selle käigus antakse vangile teavet seksuaalsusest, soorollidest, inimese psühhoseksuaalsest arengust, seksuaalsusest ja narkootikumidest, seksuaalsusest ja vägivallast, seksuaalsusest erinevates kultuurides, psühhoteraapilisest ravist ja arstiabi võimalustest. Meede on kohustuslik kõikidele seksuaalkurjategijatest vangidele ja selle läbimine on osa karistusest;
- raviprogramm, mille eesmärgiks on vangi ravi ja rehabilitatsioon. Sihtrühmaks on esmakordselt süüdi mõistetud kurjategijad, programmis osalemine on vabatahtlik. Ravi raames aidatakse vangi õpetada vastutama oma seksuaalkäitumise ning teiste kuriteoga seonduvate tegude eest, keskendudes nende aspektidele, mis on kuriteo taassooritamise riskifaktorid. Eesmärgiks on ka õpetada vangi looma toimivaid inimsuhteid, mis ei põhine ärakasutamisel ega kuritarvitamisel.

Kavandatavale KSKK-le on osaliseks eeskujuks Karolinska ülikooli haigla juures aastal 2006 avatud spetsiaalne seksuaaltervise keskus⁸², mis hõlmab eneses kogu valdkondliku temaatikat alates kompulsivsest seksuaalsest sõltuvusest ja teistest mittekriminaliseeritud seksuaalhäiretest, kuni isikute ravini, kellel on oht panna toime seksuaalkuritegusid (sh isepöördujad) või kes on seksuaalkuritegusid juba toime pannud. Keskuses töötavad seega erinevate valdkondade spetsialistid (eriarstid, psühholoogid, psühhoteraapeudid, sotsiaaltöötajad ja meditsiiniõed) ning nende

⁸¹ <http://www.bra.se/bra/bra-in-english/home/crime-and-statistics/rape-and-sex-offences.html>

⁸² <http://www.karolinska.se/Verksamheternas/Klinikerenheter/Endokrinkliniken/Centrum-Andrologi--Sexualmedicin/>

paiknemine ühes institutsioonis loob eeldused valdkonnaüleseks koostööks ja sünergiaks.

Keskus on enim keskendunud inimestele, kes ise soovivad abi saada ja eriti spetsiaalselt isikutele, kellele on alaealised seksuaalselt atraktiivsed ning kes kardavad, et nad võivad tulevikus selle tõttu seksuaalkuriteo sooritada. Keskusesse võivad pöörduda isikud alates 16. eluaastast. Keskust külastatakse aastas umbes 2500 korral, sh korduvkülastused.

Keskuse peamiseks eesmärgiks on ennetada seksuaalkuritegusid ja -vägivalda ning tagada juba seksuaalkuriteo sooritanute tõhus ravi ja rehabilitatsioon ning tagasipöördumine normaalsesse ühiskonnaellu, tehes seda koostöös sotsiaalteenuste pakkujate ning vanglateenistusega. Samuti koondatakse keskusesse valdkondlikud parimad praktikad ja teadusuuringud ravi erinevate võimalike vormide ja mõju kohta. Kliinik toimib üle-rootsilise seksuaaltervise alase teabe- ja kompetentsikeskusena.

Kliendid suunatakse keskusesse kas teiste psühhiaatrite poolt või jõuavad sinna isepõrdujatena, olles ise enne helistanud valdkondlikule nõuandetelefonile, mille põhieesmärk on nõustada seksuaalhäbelise käitumise ja mõtlemisega inimesi. Umbes 50% abiliinile helistajatest jõuavad kliinikusse teenuse järele. Vahel suunab kliente keskusesse ka politsei. Klientidest enamiku moodustavad laps-pornograafia kasutajad ning ekshibitsionistid⁸³.

Hindamisprotsessi käigus räägib seksuaalhäbelise käitumisega isik kõigepealt arstiga, siis psühhiaatriga (kui vaja, tehakse teste), aga üleüldine mitteametlik raviplaani koostatakse koosöös meeskonnaga ja kliendi endaga. Plaanis võetakse arvesse kliendi eripärasid, seatakse koostöös kliendiga tulevikusihid, eesmärgid ning valitakse ka meetmed, millega eesmäärke saavutada. Ravilepingut ei tehta.

⁸³ Rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooni kohaselt on ekshibitsionism psüühikahäire, mis avaldub püsivas või korduvas kalduvuses näidata oma suguelundeid avalikus kohas või võõrastele inimestele, enamasti vastassugupoolele ilma kavatsuseta võrgutada või saada lähemat kontakti. Tihti, kuid mitte vältimatult kaasneb enese demonstreerimisega seksuaalne erutus ja selle toiminguga samaaegselt masturbeeritakse. Ekshibitsionismi kui psüühikahäiret diagnoositakse enamasti meestel.

Kindlat kliinilist mõõtmiskaalat parafiiliate hindamiseks ei kasutata. Töötajad leiavad, et kuna inimesed tulevad vabatahtlikult keskusesse ning soovivad oma käitumist muuta, siis nad ka räägivad ausalt, mis on nende probleemid ning millised seksuaalhäbelised kalduvused neil on.

Kliendile on ravi vabatahtlik. Üldjuhul on ravimeetodiks psühhoteraapia, võimalikult vähe püütakse määrata medikamentooset ravi. Kui kliendile määratakse medikamentoosne ravi, siis doseeritakse neile ravimeid üldjuhul tavapärasest poole vähem, kuna ei taheta inimeste seksuaalsust täies ulatuses vähendada, vaid seda madaldada. Doosid on väiksemad ka seetõttu, et üritatakse vältida klientide langemist depressiooni ning vältida somaatilisi kõrvalnähtusi.

Ohvritega selles kliinikus eraldi ei tegeleta, seda tehakse vaid juhul, kui ohvril on saanud mingit liiki kuritarvitaja ning seeläbi on ta ise oma tee keskusesse leidnud. Vanglast vabanenud seksuaalkurjategijaid Karolinska kliinikusse edasi ei suunata, kuna vanglas on oma programm (ROS). Kui endine vang oma vabast tahtest ise kliinikusse tuleb, töötatakse temaga, kuid vanglateenistus kurjategijaid üldjuhul eraldi sinna ei suuna. Samuti ei käi Karolinska töötajad vanglas tööd tegemas.

Karolinska kliinikut rahastatakse ülekaalukalt maakonna (Stockholmi) tervishoiusüsteemi eelarvest (psühhiaatriateenuste eelarve, somaatiliste häirete ravi eelarve). Isikule on kehtestatud omaosalus, mille suurus on maksimaalselt 150 EUR aastas. Kõik ravikulud, mis ületavad seda summat kaetakse avaliku sektori vahenditest. Juhul, kui isik osaleb valdkondlikus uurimisprogrammis ja saab selle raames ravi, on teenus talle tasuta. Justiitsüsteem kliiniku tegevust ei rahasta. Info- ja nõuandetelefoni rahastamine on projektipõhine.

Kokkuvõtteks on Suurbritannia mudel Eesti jaoks liigselt „detsentraliseeritud“ – arvestades Eestis kasutada olevate ressursside nappust, ei saa lubada selle täiendavat killustamist. Lisaks sellele ei ole vabastusjärgne kogukonnapõhine rehabilitatsioon Eestile sotsiaal-kultuuriliselt vastuvõetav. Uuringu läbiviijad soovivad aga kaaluda sarnaselt Suurbritanniale spetsiifilise valdkondliku tegevuskava väljatöötamist ka Eesti tarbeks, mis keskendub just seksuaalkuritegude ennetamisele ja seksuaalse

ärakasutamise vastu võitlemisele. Eestis käsitleb seda temaatikat mitu erinevat arengukava, kuid selle tõttu puudub teema terviklik käsitlus.

Hollandi mudel on Eesti jaoks samuti liiga killustatud. Valdkondlik kompetents on jagatud erinevate asutuste vahel, mis Eesti olukorda arvestades ei ole mõistlik. Hollandi süsteem rõhub varasele ennetusele ning põhjalikule ja mitmekülgsel ohvrite kuriteojärgsele menetlemisele. Seksuaalhälbeline käitumisega isikute ravi ja rehabilitatsioon on ebapiisavalt arenenud ja/või toimib osana üldteenustest, mis on vastupidine Eesti poliitikale. Uuringu läbiviijate hinnangul peab ennetustöö ning varajane sekkumine olema suunatud kõigile seksuaalhälbeline käitumisega isikutele, sõltumata nende eest (kuid kasutades loomulikult eakohaseid lähenemise võtteid ning kaasates vajadusel lastele ja noorukitele spetsialiseerunud eksperte). Seega on Eesti oludes sarnaselt Hollandile mõistlik mitte killustada ennetustegevust erinevate asutuste vahel. Seksuaalsuhete süstemaatilise käsitluse hulka peab kuuluma seksuaalse ärakasutamise temaatika, et lapsed ja noored tunneksid ära igat liiki seksuaalvägivalla ja võimalikud riskisituatsioonid nende tekkimiseks ning oskaksid kuritarvitamist vältida, ning et neil oleksid teadmised, tugi ja julgus pöörduda abi järele.

Soome mudel on Eesti jaoks samuti liiga killustatud. Küll on aga Soomes kasutusel erinevad lähenemised, mis on (nt „Uusi Suunta“ pilootprogramm, kompleksravi karistuse asemel) sarnased Eestis rakendatavatele. Uuringu läbiviijate hinnangul on mõistlik kahe riigi vahelist valdkondliku koostööd edendada, pidades silmas nii kultuuridevahelisi sarnasusi kui ka võimalikke riigipiiri-üleseid kuritegusid.

Käesoleva uuringu läbiviijate hinnangul on tuginedes valitud riikide seksuaalkurjategijate ravi ja rehabilitatsioonikorraldusele kõige mõistlikum juurutada Eestis Rootsi süsteemiga sarnane lahendus. Teisisõnu seisneb see kompetentsikeskuse loomises, mis hõlmab kogu selle valdkonnatemaatika alates kompulsiiivsest seksuaalsest sõltuvusest⁸⁴ ja teistest mittekriminaalsest seksuaalhäiretest kuni nende isikute ravini, kellel on oht panna toime seksuaalkuritegusid (sh isepöördujad)

⁸⁴ Kompulsiiivse seksuaalse sõltuvusega isik on see, kes ei suuda oma seksuaalkäitumist ohjata ja juhtida ning kelle seksuaalvaldkonnaga seotud mõtted ja teod takistavad isiku normaalset osalemist ühiskonnaelus. Kompulsiiivne seksuaalne sõltuvus on üks arvukatest obsessiiv-kompulsiiivsetest häiretest.

või kes on seksuaalkuritegusid juba toime pannud. KSKK-s töötavad seega erinevate valdkondade spetsialistid (eriarstid, psühholoogid, psühhoterapeudid, sotsiaaltöötajad ja meditsiiniõed) ning nende paiknemine ühes institutsioonis loob eeldused valdkonnaüleseks koostööks ja sünergiaks. KSKK viib läbi ka arendustegevusi – ravi analüüs, uute ravimeetodite testimine ja kasutuselevõtt ning pidev rahvusvahelise praktika ja uute ravivõimaluste jälgimine.

Rootsi mudeli juurutamine on mõistlik, sest:

- sarnaselt Rootsile, on seksuaalkuritegude avastamise ja menetlemiste arv (sh tulenevalt tõhusamast kuritegude avastamisest) Eestis viimastel aastatel kasvanud ning valdkondlik ennetus-, ravi- ja rehabilitatsioonitöö vajab kontsentreeritud tõhustamist;
- keskuse loomisega luuakse noortele valdkonnaga seonduvatele spetsialistidele praktikabaasi;
- keskuse loomisega parandatakse võimalusi rahvusvaheliseks koostööks;
- keskuse tegevuse tulemusena on võimalik ennetada ja ära hoida korduvkuritegusid, mis suurendavad ühiskonna turvalisust ning aitavad kokku hoida kulusid.

Kokkuvõtlik tabel analüüsitud riikide kohta

| Riik | Ravivormid | Sihtrühmad | Rahastamise allikad |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------------|
| Suurbritannia | Ravi vanglasüsteemis Rehabilitatsioon kriminaalhooldussüsteemis | Seksuaalkurjategijad | Avalik sektor |
| Holland | Ravi meditsiinisüsteemis | Seksuaalkurjategijad, Seksuaalhäbelise käitumisega isikud | Avalik sektor + omaosalus |
| Soome | Ravi vanglasüsteemis | Seksuaalkurjategijad | Avalik sektor |
| Rootsi | Ravi vanglasüsteemis | Seksuaalkurjategijad, | Avalik sektor + |

| | | | |
|--|--------------------------|-------------------------------------|-----------|
| | Ravi meditsiinisüsteemis | seksuaalhäbelise käitumisega isikud | omaosalus |
|--|--------------------------|-------------------------------------|-----------|

Süva- ja fookusgrupi intervjuude kokkuvõtted

Uuringu läbiviimise käigus on tehtud kokku 32 intervjuud. Intervjueeritavate hulka kuuluvad valdkonnaga seonduvad eksperdid erinevatelt elualadelt. Intervjuud viidi läbi seksuoloogi ja psühhiaatriga (2), 1 meestearstiga, 2 naistearstiga, 1 politseitöötajaga lastekaitse talitlusest, 1 hoolekande töötajaga, 5 prokuröri, 1 vanglaametnikuga, 4 psühholoogiga, 2 kriminaalhooldusametnikuga, 2 Justiitsministeeriumi ametnikuga, 4 poliitikuga, 4 sotsiaalministeeriumi ametnikuga. Lisaks on anonüümselt intervjueeritud ka 3 erineva seksuaalhäbelise käitumisega isikut, kes on aidanud valdkonda lahti mõtestada kliendi vaatenurgast. Nende puhul käsitleti olemasolevat ravi- ja rehabilitatsioonikorraldust, ennetustöö tõhusust ja teenuse erinevate osade rahastamisskeemi. Intervjueeritavate nimekiri ja küsimustik on toodud uuringu lisana. Intervjuude analüüsil kasutati Taylor–Powell ja Renneri andmeanalüüsi meetodit⁸⁵.

Intervjuud keskendusid järgmistele teemablokkidele:

- seksuaalhäbelise käitumisega isikute ravi- ja rehabilitatsioonikorraldus Eestis, pakutavad teenused ja valdkonna peamised probleemid ning arendusvajadused
- seksuaalhäbelise käitumisega isikute tüpologia, probleemid ja teenuste arenguvajadus erinevate tüüpide puhul
- vajadus KSKK tüüpi institutsiooni järele, keskuses pakutavate teenuste loetelu. Vastava valdkonna koostöövõrgustiku väljaarendamine
- erinevad üksikküsimused intervjueeritava erialast lähtuvalt ning nii üldised kui konkreetsed ettepanekud edasiseks.

Seksuaalhäbelise käitumisega isikute ravi ja rehabilitatsioonikorraldus Eestis, pakutavad teenused ja selle valdkonna peamised probleemid ning arendusvajadused.

Ekspert hinnang ravi ja rehabilitatsiooni korraldusele Eestis on üldiselt negatiivne. Ekspertid leidsid, et ravi ja rehabilitatsioon on puudulikult välja arendatud ning probleemi lahendamine on liialt karistuskeskne. Korduvalt rõhutati, et kuna tegu on

⁸⁵ Detailsemalt on meetoodika kirjeldatud peatükis "Uuringu eesmärk ja uurimismeetodid".

psüühilise häirega, siis ei mõjuta ka pikad karistused seksuaalkurjategija mõttemaailma ning pärast vabanemist (sh nt pärast 10 aastase karistuse kandmist) sooritab ta reeglina uue samalaadse kuriteo üsna varsti. Positiivsena toodi välja, et teema on siiski tõusnud fookusesse ja alates aastast 2013 on võimalik teatud tüüpi seksuaalkurjategijatele kohandada ravi karistuse asemel.

Eksperdid olid ühel meelel, et teenuste kättesaadavus on napp nii seksuaalhäbelise käitumisega isikutele, nende lähedastele kui ka ohvritele. Isikud ise ei ole reeglina huvitatud teenusest (eitavad probleemi), kuid ka vastupidisel juhul ei ole neil selleks võimalusi. Lähedaste ja ohvrite puhul pakuvad nõustamis- ja rehabilitatsiooniteenuseid erinevad nõustajad, psühhiaatrid ja psühholoogid, kuid sageli teevad nad seda nõ „üldkorras“, olemata spetsialiseerunud sellele valdkonnale.

Valdkonna peamiste probleemidena töid eksperdid välja Eesti väiksuse ja sellest tulenevad kitsaskohad. Üheltpoolt on praegunegi napp seksuoloogia-alane kompetents killustunud ja spetsialiste on vähe. Samuti puuduvad näiteks lastega kokku puutuvatel spetsialistidel (õpetajad, noorsootöötajad, psühholoogid) oskused ja teadmised võimalikke seksuaalselt väärkoheldud lapsi tuvastada. Rehabilitatsiooni- ja nõustamisteenuste vähene kättesaadavus ei võimalda ka seksuaalhäbelise käitumisega isikutel ise abi saada. „Kõik-tunnevad-kõiki“ olukorra tõttu ei julge inimesed ka ise pöörduda oma probleemile lahendust otsima. Lisaks sellele tegeletakse peaaesjalikult probleemidele reageerimisega ja juba toimunu lahendamisega, ennetustöö on puudulikult arenenud. Hea on see, et teema on päevakorda tõusnud, kuid selle valdkonnaprobleemide lahendamine toimub kaootiliselt, kampaania korras ja projektipõhiselt – puudub süsteemne ja jätkusuutlik lähenemine. Ei tegeleta kõikide seksuaalhäbelise käitumisega isikute sihtgruppidega ning seksuaalhäbelise käitumisega isiku probleemi ei lahendata terviklikult (reeglina lõpeb see tegelemine karistuse kandmisega, kuid see ei lahenda probleemi).

Ravi pikkuse osas olid eksperdid ühel meelel, et see peab lähtuma konkreetse isiku vajadustest. Oluline on, et ravi oleks süsteemne ja seda saaksid ka näiteks need seksuaalkurjategijad, kellele praegu ravi karistuse asemel ei laiene. Keskmiseks vahetu ravi pikkuseks kujuneb - tuginedes senisele kogemusele 2-3 aastat - (pedofiilide puhul

hinnati ravi ja teraapia vajadust ka eluaegsena), millele järgnevad käitumiskontrolli meetmed ning kohustus osaleda eneseabigrupis.

Eksperdid hindasid olemasolevat karistuspoliitikat üldiselt mõistlikuks, kuid rõhutasid vajadust kombineerida karistus raviga kõikidel astmetel (ravi kinnipidamisasutuses, ravi karistuse asemel). Eriti toonitati vajadust allutada ravile ka kergemaid seksuaalkuritegusid sooritanud isikud, sest sageli on seksuaalhälbeline käitumine progresseeruv. Isepöördujate puhul tuleb arvestada, et on võimalik, et isik tunnistab üles juba tehtud kriminaalsena käsitletava teo ning sellega on isik juba võtnud vastutuse enda tehtud tegude eest (ei eita neid) ning seda tuleks käsitleda osana puhtsüdamlikust ülestunnistusest ehk kergendava asjaoluna. Olukorda peaks õigusruumis reguleerima. Samas kinnitati vajadust karistusjärgse kontrollimehhanismi loomiseks.

Kokkuvõtteks selgus intervjuudest, et olukorra parandamiseks on vaja:

- süsteemne ja süstemaatiline töö seksuaalhälbelise käitumisega isikute ravis ja rehabilitatsioonis erinevate sihtgruppide lõikes, sh kompetentside koondamine ning uute meetodite ja raviviisidega pidev kursis olek;
- ravi ja rehabilitatsiooni erinevate etappide ja ning sihtgruppide (sh ennetus, isepöördujad jne) riigieelarveline rahastamine;
- võrgustiku väljaarendamine selle tagamiseks, et iga juhtum saaks asjakohase lahenduse;
- ennetustöö tõhustamine ja teadlikkuse suurendamine.

Seksuaalhälbelise käitumisega isikute tüpoloogia, probleemid ja teenuste arenguvajadus erinevate tüüpide lõikes

Peamised seksuaalhälbed, millega eksperdid oma igapäevatoos kokkupuutuvad on laste seksuaalne väärkohtlemine, internetiga seonduv (lapsporno omamine, lapsporno valmistamine, laste ahvatlemine Interneti teel) ja pedofiilia. Lastega seonduvad seksuaalhälbelised käitumised on kasvutrendis, „klassikalised“ seksuaalkuriteod (vägistamine, ekshibitsionism) languses. Eraldi valdkonna moodustavad vägistamisjuhtumid, kus ei ole võimalik tuvastada, mis täpselt juhtus (alaealised alkoholihoobes). Spetsiifilisi parafiliaid (vt ravijuhist) esineb väga vähe.

Üldiselt on tegu meessoost isikutega, kellest paljusid on lapsepõlves seksuaalselt ära kasutatud. Palju esineb peresiseseid seksuaalkuritegusid, kus kurjategijaks on isa või kasuisa. Avalikus ruumis ründeid on suhteliselt vähe. Väga paljud ohvrid on pärit internaat- ja erikoolidest, samuti on ohvriteks vaimse puudega noored. Vanusegruppide lõikes on pedofiilid pigem vanuses 40+, vägistajad 30ndates eluaastates. Omaette sihtgrupi moodustavad noored poisid, kes on jäänud vahele endavanuste (st lapseealiste) pornoga.

Eksperdid toonitasid, et individuaalset lähenemist ja ravi vajavad mistahes sihtgrupi liikmed. Positiivsena mainiti, et koostatud on ravijuhis seksuaalkurjategijate menetlemiseks, kuid toodi ka välja, et hetkel on selle kasutusvõimalus piiratud vaid teatud kontingendile seksuaalkurjategijatest. Ravi peab sisaldama nii medikamentooset sekkumist kui ka erinevaid psühhoteraapilisi lahendusi, sh grupiteraapia ja karistusjärgsele käitumiskontrollile suunatud meetmed.

Eksperdid olid seisukohal, et oluliselt tuleb tõhustada ja laiendada ennetustegevust. Reeglina on ennetustegevus suunatud tulevasele võimalikule ohvrile (laste teavitamine, et võõrastega ei tohi kaasa minna, kontroll Internetikäitumise üle) jms. Puudu on psüühiliste erivajadustega isikutele suunatud ennetustegevused (nt autistidele) kui ka nende lähedastele ja hooldajatele suunatud materjalid, et nad oskaksid erivajadustega inimesi aidata. Vaja on luua ka süsteem, kus seksuaalhäbelise käitumisega isikud saaksid pärast esmaste häbeliste mõtete/käitumiste ilmnemist või teket oma probleemile hakata lahendust otsima.

Erilist tähelepanu tuleb pöörata varasele sekkumisele (st noortele seksuaalhäbelise käitumisega isikutele) ja Interneti turvalisusele (intervjueeritute arvates jäi enne Interneti ajastut nii mõnigi tegu sooritamata nõ „võimaluse puudumise“ tõttu).

Vajadus KSKK tüüpi institutsiooni järele, keskuses pakutavate teenuste loetelu.
Valdkondliku koostöövõrgustiku väljaarendamine

Kõik intervjueritud eksperdid olid ühel meelel, et sellise keskuse loomine Eestis on hädavajalik⁸⁶. Praegune killustatus ongi üks põhjus, miks probleemide lahendamine ei ole hetkel piisavalt efektiivne.

Ekspertide arvates peaks KSKK pakkuma laia amplituud ravi-, rehabilitatsiooni-, nõustamis- ning koolitusteenuseid, kaasates töösse seksuolooge, psühhiaatreid, naiste- ja meestearste, psühhoterapeute, psühholooge, sotsiaaltöötajaid, noorsootöötajaid ja lastekaitse spetsialiste.

Ekspertide arvates peaks KSKK pakkuma erinevaid võimalusi (ravi, rehabilitatsioon, erinevad teraapiad), koordineerima valdkondlikke ennetustegevusi, olema koolitus- ja arenduskeskus seonduvate valdkondade teemadel ning pakkuma praktikavõimalusi selle valdkonna ekspertidele.

Ekspertide arvates peaks lisaks seksuaalhäbelise käitumisega isikutele KSKK osutama teenuseid ka seksuaalhäbelise käitumisega isikute lähedastele, seksuaalkurjategijate ohvritele ja erivajadusega inimestega töötavatele isikutele⁸⁷. KSKK töötajad peavad pakkuma teenuseid ka väljaspool KSKK asukohta (nt vanglas, erivajadusega inimeste hooldekodudes jne).

Ekspertid olid ühel meelel, et KSKK toimimist peab rahastama riigieelarveliste vahenditega ning mitte sihtgrupi (seksuaalhäbelise käitumisega isikud, ohvrid) omafinantseeringust. Teenuse saamine ei tohi jääda selle taha, et inimesel puuduvad rahalised vahendid oma seksuaalhälbe raviks või selle ilmnemise ennetamiseks. Võimalike rahastamisallikatena toodi välja Haigekassa, erinevate ministriumite (Sotsiaalministeerium, ja selle haldusalasse kuuluvate Tervise Arengu Instituut,

⁸⁶ Keskuse võimaliku asukohana pakuti välja Tallinn (eelistatuum variant), aga ka Tartu ning Jämejala. Ühe intervjueritava hinnangul oleks sellist keskust vaja igas maakonnas.

⁸⁷ KSKK mudeli finantsprognoosides ja -kalkulatsioonides need teenused ei kajastu, sest nende käsitlemine langeb välja käesoleva uuringu vahetust fookusest.

Sotsiaalkindlustusamet ja AS Hoolekandeteenused ning Justiitsministeerium), vahendid, mida kombineerides kujuneb KSKK eelarve.

Lisaks vahetule teenuse osutamisele nägid eksperdid KSKK rolli ka valdkondliku võrgustikutöö koordineerijana, kes valdab erinevad poliitika kujundamise aspekte (ennetus, ravi, karistus, noorsootöö jne) ja kujundab argumenteeritud seisukoha erinevaid osapooli kaasates ning rakendab tulemit hiljem ellu. Võrgustikku peavad kuuluma erinevad osapooled (erialaseltsid, perekeskused, noorte nõustamiskeskused, hooldekodud, laste tugikeskused, kriminaalhooldussüsteem, kohalikud omavalitsused, politsei, lastekaitsega tegelevad spetsialistid, pedagoogid jne)

Erinevad üksiküsimused lähtuvalt intervjueeritava erialast ning nii üldised kui konkreetsed ettepanekud edasiseks

Ekspertid hindasid ohvriabi olemasolu ja korraldust seksuaalkuritegude ohvrite käsitlemisel keskpäraseks. Teoreetiliselt on süsteem olemas ning toimib, kuid praktiliselt kipub tema kättesaadavus olema piiratud suuremate regionaalsete keskustega. Väiksemates kohtades ja maapiirkondades võib puududa vajalik pädevus, samuti ei soovi inimesed oma probleeme seal sellises kontekstis käsitleda („kõik tunnevad kõiki“). Ohvriabi infoliin on liiga üldine, et tegeleda selliste küsimustega. Katmata on kuritegude teisesed ohvrid, kellele ohvriabi ei laiene (kuritarvitatud laste õed-vennad⁸⁸).

⁸⁸ Alates 2007. aastast hüvitab riik süüteo ohvritele ja nende pereliikmetele vajadusel ka psühholoogilise abi kulutused. Psühholoogilise abi kulude hüvitamise regulatsioon on loodud eeskätt selleks, et aidata kaasa kergemate kuritegude ja väärtegude ohvriks langenud ohvrite kiiremale psühholoogilisele rehabilitatsioonile ning vägivalla- ja muude kuritegude ohvrite perekonnaliikmete sotsiaalse toimetulekuvõime paranemisele. Ohvriabi seaduse § 6¹ lg 2 järgi on psühholoogilise abi kuluhüvitist õigus saada kuni ühe kuupalga alammäära ulatuses nii ohvril endal kui ka tema perekonnaliikmetel, kui nende toimetulekuvõime on ohvri suhtes toime pandud süüteo tõttu langenud. Psühholoogilist abi vajava ühe pere liikmetele hüvitatakse psühholoogilisele abile tehtud kulutused kokku kuni kolme kuupalga alammäära ulatuses. Sama seaduse § 6¹ lg 3 järgi psühholoogilise abi kulu hüvitatakse isikule, kes on selle kulu kandnud ja kulude hüvitamiseks tuleb esitada vastav taotlus piirkondlikule ohvriabi töötajale. Olemasoleva ohvriabi korralduse nõrkuseks (eriti just seksuaalkuritegude ohvrite kontekstis) on selle *reaageeriv* iseloom, st ohvriabisse pöördub kuriteo ohver ise. Seksuaalkuritegude puhul peaks ekspertide hinnangul ohvriabi töötajad (kaasates vajadusel lastekaitsetöötajaid) ise selgitama välja ja analüüsima ohvrite lähedaste ja perekonnaliikmete ohvriabi teenuse vajaduse ning teenust seejärel ka pakkuma. Uuringu läbiviijad on sunnitud nentima, et osade küsitletud ekspertide teadmised ohvriabi olukorra korraldusest Eestis ning sellest johtuvad seisukohad ja hinnangud ei ole kooskõlas tegeliku olukorraga.

Probleemi lahendamiseks soovitame sarnaselt Rootsile⁸⁹ ja Suurbritanniale⁹⁰ käivitada info- ja nõustamistelefoni teenuse, mis võimaldab seksuaalhäbelise käitumisega isikutel ja nende lähedastel saada operatiivset ja professionaalset nõustamist⁹¹. Teenus võimaldab varajast sekkumist ning aitab kaasa seksuaalhäbelise käitumise (sh seksuaalkuritegude) ennetamisele, suurendab probleemide varast tuvastamist ning aitab kaasa seksuaalhäbelise käitumisega isikute ravile pöördumisele⁹².

Enamik intervjueeritud eksperte leidis, et nõustamis- ja infotelefoni teenuse käivitamine Eestis oleks hädavajalik. Abiliini ampluaa peaks olema väga lai (kõigile, keda see teema kas lähedalt või kaugelt puudutab), pakkudes infot ja tuge seksuaalkurjategijatele, ohvritele, pereliikmetele, teistele ohvritele jne. Olemasolevad nõustamistelefonid ei kata kogu valdkonda vajalikul professionaalsel tasemel. Rõhutati, et abiliin peab olema anonüümne ja kõnele ei järgne mingeid sanktsioone (isegi juhul, kui helistaja tunnistab, et ta on sooritanud seksuaalkuriteo). Abiliin peab olema integreeritud kontaktnõustamisega, mida pakub KSKK.

Ekspertide hinnangud ja seisukohad eraldiseisva seksuaalkurjategijate kohta käiva registri loomise vajalikkuse osas on erinevad. Leiti nii seda, et selline register piirab inimõigusi kui oldi ka seisukohal, et register peaks sisaldama lisaks seksuaalkurjategija

⁸⁹ Aastas helistatakse Rootsi abiliinile „Preventell“ keskel läbi 430 korda, kõned registreeritakse ja dokumenteeritakse. 64% helistajatest kuulub otseselt abiliini sihtgruppi, 16% kõnedest on tehtud seksuaalhäbelise isiku lähedaste või sugulaste poolt, 8% helistajatest on hooldajad, riigitöötajad või mõne organisatsiooni töötajad, 12% helistajatest ei ole otseselt abiliini sihtgruppi kuuluvad isikud.

⁹⁰ Inglismaa abiliinile „Stop it now“ tehakse aastas ligi 4200 kõnet. 38% Inglismaa abiliinile helistajatest on mures oma enese käitumiste pärast, 27% helistajatest on täiskasvanud, kes on mures teise täiskasvanu käitumise pärast, 6% helistajatest on vanemad ja hooldajad, kes on mures lapse või noore inimese seksuaalkäitumise pärast ja 5% abiliinile helistajatest on täiskasvanud, kes kardavad et nende last on seksuaalselt väärkoheldud.

⁹¹ Info- ja nõustamistelefoni teenust ei ole otstarbekas üles ehitada iseseisva lühinumbrina, vaid on mõistlik integreerida mõne juba edukalt toimiva info- ja nõustamistelefoniga, kasutades selleks näiteks kommuteerimist.

⁹² Võttes aluseks Suurbritannia ja Rootsi elanike arvu ning kummaski riigis nõuandetelefonile tehtud kõnede arvu võiks matemaatiliselt prognoosida, et Eestis on keskmine kõnede arv aastas 72. Uuringu läbi viinud meeskond on siiski arvamusel, et tegelik nõuandetelefonile tehtav kõnede arv selle rakendumisel on Eestis oluliselt suurem. Esiteks on nii Suurbritannias kui Rootsis psühhiaatriline abi ja nõustamine abivajajatele (sh seksuaalhäbelise käitumisega isikutele) oluliselt paremini kättesaadav kui Eestis. Teiseks on kummaski riigis võrrelduna Eestiga paremini toimiv tugiteenuste struktuur. Kolmandaks on Eesti elanikud harjunud tarbima tervishoiualast nõustamist ja informatsiooni telefoni teel (nii näiteks teenindas üleriigiline perearsti nõuandetelefon 1220 2013. aastal ligi 250 000 kõnet, ehk pea iga viies Eesti elanik kasutas teenust). Neljandaks ei ole uuringu autoritele teadaolevalt ei Suurbritannias ega Rootsis viidud läbi sealse nõuandetelefoni tuntuse tagamiseks teavituskampaaniaid, seda aga on kavas teha Eestis. Lõpetuseks tuleb rõhutada ka Eesti väiksust, mis pigem soosib sellist tüüpi nõuande ja abi otsimist täielikku anonüümsust pakkuvate kanalite kaudu.

kohta käivale üldinformatsioonile (elukoht, töökoht jms) ka infot ravi, rehabilitatsiooni, eneseabi gruppides osalemise jms kohta. Ühe võimaliku lahendusena pakuti välja lahendus, kus seksuaalkurjategija paigutamine avalikku registrisse on seotud tema soostumisega osaleda erinevates ravi- ja rehabilitatsioonitegevustes ning alluda käitumiskontrolli meetmetele (st soostumise korral ei ole info avalik, mittesoostumise korral aga avalik).

Poliitikutega läbi viidud intervjuudest⁹³ joonistus välja, et antud valdkonna ja teemaga tegelemine on väga oluline, kuid samas ei toodud välja väga spetsiifilisi meetmeid, mida tuleks rakendada. Leiti, et seksuaalkurjategijate ravi ja rehabilitatsiooniga tuleks kindlasti ja järjepidevalt tegeleda, kuid kahjuks ei ole selle valdkonnaga senini piisava süstemaatilisusega tegeletud. Oldi seisukohal, et seksuaalkurjategijate ravi ja rehabilitatsiooni tuleks kindlasti riiklikult toetada. Ühe variandina pakuti välja ravi ja rehabilitatsiooni korraldamist era- või kolmanda sektori poolt (sh valdkondliku kompetentsi koondamine, rehabilitatsiooniprogrammide väljatöötamine jne), kuid avaliku sektori poolt finantseerituna. Samuti rõhutati ennetustegevuse olulisust.

⁹³ Kokku viidi läbi intervjuud kõikide Riigikogusse kuuluvate erakondade (4) esindajatega.

Rahastamise lähtekohtade analüüs

Lähtekohad, millega järgnevas alapeatükis toodud KSKK finantseerimismudeli ettepanekute koostamisel on arvestatud, on järgmised:

- Tuleb arvestada, et KSKK tüüpi institutsiooni hetkel Eestis ei eksisteeri, samuti ei ole teadaolevalt kavas selle loomist riigieelarvelistest või muudest vahenditest 2014. aastal.
- Teiste riikide analüüsis selgus, et kõige sarnasem lahendus võrreldes Eestisse soovitatava KSKK-ga on juurutatud Rootsis (valdkondliku kompetentsi tsentraliseerimine, põhjalik ning süsteemne tegelemine isepöördujatega, erinevad lahendused ennetustegevusteks jne). Rootsi mudel on võetud aluseks KSKK sisuliste tegevuste kujundamisel. Finantseerimisküsimuste (rahastamise mudelid, kulude struktuur) lahendamisel ei ole aga võimalik tugineda välismaa analoogidele, sest riikide tervishoiu rahastamise süsteemid ning seonduvate tugistruktuuride olemasolu ja korraldus on väga erinevad.
- Kompleksravi pakutakse karistuse asemel teatud tüüpi seksuaalkurjategijatele (vt ülal) alates 1. juunist 2013. Selle aja jooksul on ravi alustanud kõigest kaks inimest, mistõttu ei ole adekvaatselt võimalik hinnata kompleksravi mahu tegelikku vajadust ega sellega kaasnevaid reaalseid kulusid (olemasolevate juhtumite puhul ei ole vaja näiteks kasutada antiandrogeenset ravi, mis muudab ravi oluliselt odavamaks – kuid selline olukord ei saa olla aluseks analüüsimisel).
- Ravile jõudnud isepöördujate analüüs⁹⁴ viimase aasta lõikes näitab selgelt, et vaid väike osa⁹⁵ isepöördujatest on sellises sotsiaalmajanduslikus olukorras, mis võimaldab neil oma ravi eest täies mahus ise tasuda⁹⁶. Harvad ei ole juhud, kus

⁹⁴ Praksistena on arvestatud suuremaid ravikeskuseid - TÜK Meestekliinik, PERH Psühhiaatrikliinik, ja TÜK Psühhiaatrikliinik - ning Arstlik Perenõuandla OÜ. Hinnang põhineb nimetatud tervishoiuteenuse osutajatelt saadud infol. Detailsemalt on isepöördujaid kirjeldatud (lk 19-20).

⁹⁵ Kuna suur osa ravi maksumusest moodustavad ravimite kulud, siis vaatamata sellele, kas isik on või ei ole ravikindlustatud, kaasnevad raviga märkimisväärsed kulud.

⁹⁶ Sageli on isepöördujad ka erinevate teiste meditsiiniliste (alkoholism) ja sotsiaalsete (töötus, kindla sissetuleku puudumine jne) probleemide küüsis. Samas on isepöördujatele ravivõimaluste tagamine ja olemasolu väga oluline, sest erinevalt teistest psüühikahäiretega isikutest on seksuaalhälbelse käitumisega inimesed oluliselt ohtlikumad. Nii näiteks on keskmisel süüdimõistetud heteroseksuaalsel pedofiilil 5,2 ohvrit ja ta on sooritanud 34 lastesuunalist seksuaalakti, homoseksuaalsel on need näitajad vastavalt 10,7 ja 52 ning biseksuaalsel 27,3 ja 120. Kuigi kõik seksuaalhälbelised käitumised ei ole niivõrd ühiskonnaohtlikud kui pedofiilia, on reeglina samuti tegu korduva ning eskaleeruva hälbelse käitumisega. Samuti ei tohi unustada, et seksuaalhälbelse käitumise raviks on vajalik spetsialiseerumine ka psühhiaatrite hulgas, mistõttu nende ravi paralleelselt teiste psüühikahäiretega isikutega ei ole tingimata tulemuslik.

isepõrduja katkestab oma ravi mitte niivõrd huvi puudumisest oma seksuaalhäbelise käitumise kontrolli all hoidmiseks, kuivõrd ebapiisavatest majanduslikest võimalustest ravi eest tasuda. Seetõttu ei ole järgneva analüüsi puhul reaalse finantseerimisallikana kajastatud seksuaalhäbelise käitumisega isikute oma panust. Üldmainitud sotsiaalmajanduslike probleemide tõttu on teatav osa isepõrdujatest ravikindlustuseta, mistõttu nende võimalused raviks ja rehabilitatsiooniks on veelgi väiksemad. Samas on seksuaalhäbelise käitumisega isikute ja seksuaalkurjategijate näol tegu ühiskonnaohtlike ja retsidiivsete isikutega, kelle ravi ja rehabilitatsiooni tagamine on oluline ka ühiskondliku turvalisuse seisukohalt.

- KSKK tüüpi institutsioon on ühelt poolt tsentraliseeritud kompetentsikeskus, kus toimub erinevate kliendigruppide ambulatoorne ravi, kuid teiselt poolt on kavandatud KSKK poolt teenuste osutamine ka teistele sihtgruppidele (nt vanglas viibivatele süüdimõistetud seksuaalkurjategijad) KSKK tegevuse laiendamine viimatinimetatud valdkondadesse toimuks järgmistes etappides ning nende teenuste rahastamisallikaid siinkohal ei käsitleta.
- Kuigi KSKK tegevus sarnaneb teatud aspektides ennetustegevusele orienteeritud ühingutele nagu näiteks MTÜ Eluliin⁹⁷) või MTÜ AIDSi Ennetuskeskus⁹⁸, mis tegutsevad projektirahastuse baasil, on uurimisgrupp seisukohal, et järjepideva kompleksravi teenuse osutamiseks peab KSKK tegevus olema rajatud stabiilsele pikaajalisele finantseerimismudelile.
- Selguse huvides tuleb silmas pidada, et sõltumatult on vaadeldud KSKK finantseerimisallikaid ja organisatsioonilist toimimise mudelit - see, kas KSKK tegutseb iseseisva organisatsioonina või mõne tervishoiuasutuse koosseisus, ei muudaks finantseerimisallikate struktuuri. Toimimismudelil on küll oma mõju - läbi kulupoole - ka finantseerimisvajadusele ning seda on ka stsenaariumite analüüsis käsitletud.

⁹⁷ MTÜ Eluliin pakub lisaks emotsionaalsele toetusele ka psühholoogilist nõustamist (kriisiabi: debriefing-gruppe, EMDR; psühholoogilist rehabilitatsiooni: psühhodünaamilisi gruppe ja individuaalset nõustamist), sotsiaalset nõustamist erinevatele sihtrühmadele (inimkaubandusohvrid, prostitutsiooni kaasatud, sõltuvusega isikud, HIV-positiivsed isikud) ning sotsiaalset ja psühholoogilist rehabilitatsiooni. Tegevused hõlmavad laia sihtgruppi ning ulatuvad ennetustegevusest rehabilitatsioonini. Vaata ka <http://www.eluliin.ee/>.

⁹⁸ <http://www.aids.ee/>

Ettepanekud rahastamisallikate leidmiseks

Loodav KSKK on kompetentsikeskus, mis hõlmab kogu seksuaalhäbelise käitumisega seonduvat temaatikat alates kompulsiivsest seksuaalsest sõltuvusest ja teistest mittekriminaliseeritud seksuaalhäiretest kuni nendeisikute ravini, kellel on oht panna toime seksuaalkuritegusid (sh isepöördujad) või kes on seksuaalkuritegusid juba toime pannud. KSKK-s töötavad seega erinevate valdkondade spetsialistid (eriarstid, psühholoogid, psühhoterapeudid, sotsiaaltöötajad ja meditsiiniõed) ning nende paiknemine ühes institutsioonis loob eeldused kogu valdkonna koostööks ja sünergiaks. KSKK viib läbi ka arendustegevust – ravipraktika analüüs, uute ravimeetodite testimine ja kasutuselevõtt ning pidev rahvusvahelise praktika ja uute ravivõimaluste jälgimine.

Alad, millega KSKK-s tegeletakse:

- Seksuaalhäbelise käitumisega isikute ravi ja rehabilitatsioon
 - kompleksravi osutamine karistuse asemel;
 - isepöördujad ja nende lähedased ning perekonnaliikmed;
 - isikud, kelle seksuaalkäitumine ei ole krimaliseeritud, kuid kes vajavad valdkondlikku nõuannet ja tuge.

Konkreetsemalt osutatakse KSKK-s järgmiseid teenuseid:

- psühhiaater-seksuoloogi nõustamine;
- seonduv nõustamine (uroloog, naiste- ja meestearst, psühhoterapeut jne) seksuaalhäbelise käitumise kontekstis;
- telefonipõhine nõustamisteenus seksuaalhäbelise käitumisega inimestele ja nende lähedastele.

Seksuaalhäbelise käitumisega isikute statsionaarse ravi⁹⁹ vajaduse, mahu ja korralduse osas Eestis analüüsid puuduvad. Teatavaid paralleele mahtudes võib tõmmata statsionaarse ravi vajajate ja kinnipidamisasutustes viibivate isikute vahel, kellele kompleksravi karistuse asemel ei laiene. Seksuaalhäbelise käitumisega isikutele ei ole vaja statsionaarset ravi, tulenevalt nende häbelisest käitumisest. Statsionaarne ravi seksuaalhäbelise käitumisega isikutele (sh seksuaalkurjategijatele) toimub üldistel

⁹⁹ Ambulatoorse raviga seonduvaid küsimusi on kirjeldatud käesolevas uuringus lk 23-24

alustel, lähtudes KarS-is ja Kriminaalmenetluse seaduse ning Psühhiaatrilise abi seaduses¹⁰⁰ sätestatust. Viimase kohaselt võetakse isik tema enda või tema seadusliku esindaja nõusolekuta vältimatu psühhiaatrilise abi korras ravile haigla psühhiaatriaosakonda või jätkatakse ravi tema tahtest olenemata ainult järgmiste asjaolude koos-esinemise korral:

- isikul on raske psüühikahäire, mis piirab tema võimet oma käitumisest aru saada või seda juhtida
- haiglaravita jätmisel ohustab isik psüühikahäire tõttu iseenda või teiste elu, tervist või julgeolekut
- muu psühhiaatriline abi ei ole küllaldane.

Psühhiaatrilise sundravi eesmärgiks on psüühikahäire ravi, psüühikahäirest tuleneva ohu vähendamine ning isiku toimetuleku-võime taastamine iseseisvaks toimimiseks ühiskonnas. Psühhiaatrilise sundravi korraldus on kehtestatud vastavasisulise sotsiaalministri määrusega.¹⁰¹

Uuringu läbiviimisel selgus nii uuringumeeskonna arvamus kui ka eksperthinnangud, mille kohaselt KSKKi toimimine peab olema rahastatud riigieelarvelistest vahenditest ning mitte sihtgrupi (seksuaalhälbelse käitumisega isikud) omafinantseeringust. Samasugune lähenemine kehtib ka Rootsis, kus valdav osa Karolinska Kliiniku eelarvest (vt ülal) kaetakse avaliku sektori tervishoiueelarvest. Isikule on kehtestatud omaosalus, mille suurus on maksimaalselt 150 eurot aastas. Kõik ravikulud, mis ületavad seda summat, kaetakse avaliku sektori vahenditest. Juhul, kui isik osaleb valdkondlikus uurimisprogrammis ja saab selle raames ravi, on teenus talle tasuta.

KSKK tegevuse rahastamiseks on sisuliselt kaks võimalikku stabiilset allikat: riigieelarve ja patsiendid, lisaks on võimalik projektipõhiselt kaasata ka välisvahendeid. KSKK poolt osutatavad teenused ei tohi patsientidele jääda selle taha, et inimestel puudub finantsiline võimekus. Nagu ülal kirjeldatud, on seksuaalhälbelse käitumisega isikutel sageli ka muud sotsiaalmajanduslikud probleemid ning nende komorbiidsus¹⁰² on kõrge.

¹⁰⁰ <https://www.riigiteataja.ee/akt/PsAS>

¹⁰¹ <https://www.riigiteataja.ee/akt/129082011008>

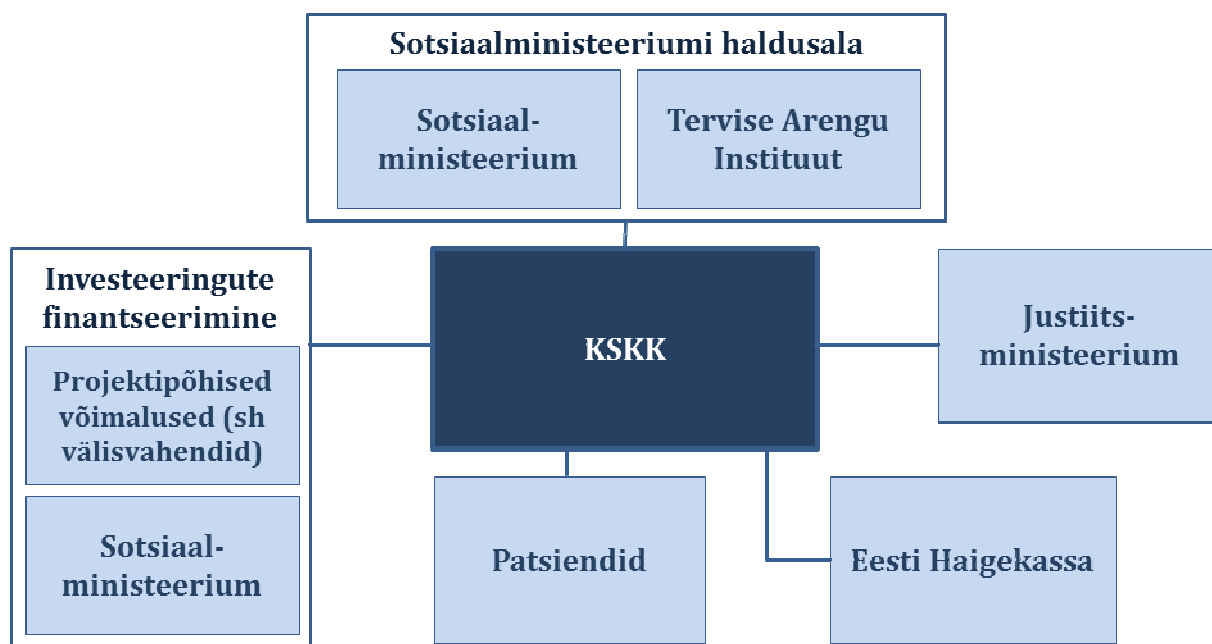
¹⁰² Komorbiidsuseks nimetatakse ühe või enama haiguse või psüühikahäire esinemist lisaks põhihaigusele või psüühikahäirele

Täiendavalt tuleb arvestada, et ka isepöördujate puhul ei pea olema ravisoostumus lõplik ning nad võivad kasutada oma majanduslikku olukorda ettekäändena ravi katkestamiseks. Samuti peab silmas pidama, et välisvahendite kasutamise võimalused on projektipõhised ning konkreetse projekti eesmärkide ja tegevusega piiratud. Sellest tulenevalt ei ole prognoosi mudelis kaaluka finantseerimisallikana arvesse võetud patsientide oma panust ega ka välisvahendeid. Seega jääb reaalseks finantseerimisallikaks riigieelarve ning järgnevalt analüüsitavaks küsimuseks:

- millised on riigieelarvelise finantseerimise täpsed allikad?
- milline on finantseerimise struktuur ehk mis rolli erinevad allikad finantseerimisel mängivad?

Esimeseks kriteeriumiks, mis määrab, milline ministeerium ja/või ametiasutus kaasata KSKK finantseerimisse, saab esiteks vastava juhtimiskompetentsi olemasolu kaasatavas üksuses. Juhtimiskompetentsi all peetakse eelkõige silmas võimekust strateegiliseks planeerimiseks, järelevalveks, sisuliseks kompetentsiks, jms. Teise kriteeriumina põhjendab finantseerimisallikat nn alternatiivkulude põhimõte ehk see, millise ministeeriumi haldusala kulud KSKK töö tulemusena vähenevad. Teine kriteerium on eelkõige Justiitsministeeriumi võimaliku kaasfinantseerimise lisapõhjenduseks (vt allpool).

Järgneval joonisel on toodud KSKK võimalikud finantseerimisallikad, kaardistamisel ei jätnud me ringist välja ka otseseid kasusaajaid (patsiente):



Joonis 1: KSKK võimalikud finantseerimisallikad

Järgnevalt kirjeldame üksikute finantseerimisallikate kaasamise põhjendusi ning võimalikku rolli KSKK finantseerimisel:

**1. Sotsiaal-
ministeeriumi
haldusala** Finantseerimine Sotsiaalministeeriumi kaudu on otstarbekas suunata läbi sellise allasutuse/üksuse, mis annab keskusele kõige rohkem juhtimiskompetentsi (strateegiline planeerimine, tootearendus, järelvalve jms). Selline kompetents võiks töö teostaja hinnangul tulla kas otse ministeeriumi eelarvest või läbi Tervise Arengu Instituudi.

1.1 Sotsiaal-
ministeerium
(SoM) Sotsiaalministeerium finantseerib otse eelarvest näiteks lasteabitelefoni (116 111) ja kadunud laste telefoni (116 000). Samuti annab ministeerium vahendeid MTÜ-le Hingeabi Assotsiatsiooni Usaldus psühholoogilise nõuandetelefoni (126) töös hoidmiseks. SoM haldusala asutustest finantseerib Terviseamet gripitelefoni ja mürgistusteabe telefoni.

1.2 Tervise
Arengu Instituut
(TAI) TAI tegevuse oluliseks eesmärgiks on terviseriskide ennetamine (HIV, alkoholi liigtarvitamine, narkomaania, suitsetamine). Instituudi tegevus on ühest küljest suunatud inimeste tervise tugevdamisele ja tervena elatud eluea pikendamisele, teisest küljest

mõjutavad need ka kuritegevuse vähendamist (alkohol, narkomaania).

Eesmärkide saavutamiseks sõlmib TAI lepinguid sõltuvusprobleemiga isikutele vaimset tervist ja töövõimet toetavate psühhoteraapiateenuste osutamiseks. Samuti finantseerib TAI AIDS-i ennetuskeskuse abitelefoni.

Kuna KSKK tegevus aitaks kaasa TAI-le seatud eesmärkide saavutamisele ning instituut omab kogemust psühhoteraapiliste teenuste valdkonnas, siis võib olla põhjendatud, et SoM-poolne finantseerimine suunatakse läbi TAI.

*1.3. Eesti
Haigekassa (EHK)*

EHK finantseerib täna psühhiaatrilist arstiabi ning ka näiteks perearsti nõuandetelefoni teenust.

Ravikulud (EHK) isepöördunud ravikindlustusega patsiendi kohta (keskmine)

| Teenus | Kood | Hind | Kordi (keskmiselt) |
|---------------------------------------------------------------------------------|------|--------|--------------------|
| Isiksuse uuring | 7615 | 110,75 | 1 |
| Kognitiivse funktsiooni uuring | 7616 | 107,64 | 1 |
| Raviplaani koostamine või muutmine ravimeeskonna poolt (meeskonnas kolm liiget) | 7617 | 55,07 | 1 |
| Psühhoteraapia seanss ühele haigele | 7601 | 31,61 | 40 |
| Psühhiaatri ja õe vastuvõtt aktiivravi perioodil | 3031 | 28,54 | 15 |
| Psühhiaatri vastuvõtt aktiivravi perioodil | 3032 | 23,89 | 10 |
| KOKKU | | | 68 |

Uurimismeeskonna arvestuste kohaselt on ühe visiidi muutuvkulud 32 eurot. Sellest tervelt 30 eurot moodustavad

ravimid (aastane ravimite kulu ca 450 eurot), mis tavapärase psühhiaatrilise nõustamise puhul on patsiendi kanda. EHK hinnad katavad teadaolevalt aga ainult psühhoteraapilise ravi (kulu aastas ca 1470 eurot).

Eeldame, et EHK või Sotsiaalministeerium finantseerib ka ravimite maksumuse, mis seega on patsientidele tasuta. Sellisel juhul oleks patsiendi kohta aastane tulu 1920 euro. Eeldades, et ravikindlustusega hõlmatud patsiente on aastas ca 40 inimest, oleksid tulud kokku tänastes hindades ligikaudu 78 000 eurot (sh ravimid 18 000 eurot), mis moodustaks ca 38% KSKK kuludest.

Seega tänase hinnakirja alusel – millele on lisatud täiendav raha ravimite ostuks – ei kataks teenuste müük EHK-le KSKK kogu finantseerimisvajadust.

EHKi finantseerimisele võib lisaks anda ka nõustamistelefoni teenuste osutamise seotud arvestuslikke kulusid.

Nõustamistelefoni teenuste ja veebinõustamise otseseks kuluks (personalikulu) on eelarvestatud 21 500 eurot ning personali arvu järgi võetud proportsionaalne osa üldkuludest on arvestuslikult 6 500 eurot. Seega võib nimetatud kuludeks arvestada 28 000 eurot (~14% KSKK kogukuludest). Kulude finantseerimine võib toimuda nii EHK kui ka SoM-i (otse ministeeriumist või TAI) poolt. Uurimisrühm ei saa välja tuua kindlat argumenti ühe nimetatud finantseerimisallika eelistamiseks.

**2. Justiits-
ministeerium**

Justiitsministeeriumi kaasfinantseerimise majanduslikuks põhjenduseks on nn vangistuse alternatiivkulud st, et ennetähtaegselt vabanenud vangid vähendavad JuM vangistuskulusid. Samuti saab alternatiivkulu põhimõtet kasutada ennetamise mõttes vabatahtlikele ravile-pöördujate puhul ja retsidiivsuse vähenemise kaudu, vähendades vangistuse eelseid

menetluskulusid.

Justiitsministeeriumi andmetel on aastal 2013 vangistuse kogukulud vangi kohta 1035,58 eurot kuus¹⁰³, mis võiks olla põhjendatud alternatiivkulu ülempiiriks¹⁰⁴. Vastavate uuringute puudumisel ei ole võimalik hinnata vangistus-eelse menetlemise (kohtud, prokuratuur, advokaadid jm) kulude võimalikku kokkuhoidu ehk ennetamise (sh retsidiivsuse vähenemine) rahalist mõju.

Kui kasutada alternatiivkuluna 1035,58 eurot kuus ja eeldada, et KSKK tegevuse mõjul väheneb vangide arv aastas keskmiselt 5 inimese võrra, siis oleks Justiitsministeeriumi kulud vanglasüsteemis 62 134,80 eurot aastas¹⁰⁵. Otstarbekas on sätestada Justiitsministeeriumi kaasfinantseerimine kindlaksmääratud proportsiooniga KSKK eelarvest, et toetada selle kujunemist. Arvestuslik proportsioon võiks olla ca 50% vanglakaristusele arvestuslikult kuluvast rahast ehk 31 000 eurot.

3. Investeeringud Toome välja ka eraldi allikad investeeringute finantseerimiseks. Arvestades investeeringute suhteliselt väikest mahtu (hinnanguliselt 55 000 eurot), on neid tõenäoliselt võimalik finantseerida ka otse KSKK-t haldava ministeeriumi/asutuse (SoM) vastava aasta eelarvest.

3.1. Projektipõhised võimalused (sh välisvahendid) Muude projektipõhiste rahastamisallikate all on silmas peetud erinevaid Euroopa Komisjoni poolt korraldatavaid projektikonkursse ja tegevustoetusi (nt Daphne finantsmehhanism), riigipiiri-ülese koostöö mehhanisme (nt INTERREG tüüpi lahendused) ja muid võimalusi (nt Euroopa Majanduspiirkonna ja Norra toetused). KSKK rahavoo prognoosis oleme eeldanud, et 10% investeeringu kulust kaetakse erinevate välisvahendite arvelt.

¹⁰³ Vaata <http://www.vangla.ee/41292>

¹⁰⁴ Majanduslikult on põhjendatud pigem madalam number, kuna vangide keskmine vähenemine Keskuse töö mõjul näiteks 5-6 vangi võrra ei vähenda ilmselt vanglasüsteemi püsikulusid.

¹⁰⁵ Arvestuse aluseks on jooksva aasta kulud, mil esmased investeeringud keskuse loomiseks on juba tehtud.

3.2 Sotsiaal-
ministeerium

Välisvahenditest üle jääva osa finantseerimine peaks tulema KSKKd haldava ministeeriumi, seega SoM, eelarvest.

4. Patsiendid

Patsientide poole kaasfinantseerimise ilmselge mõju on (vabatahtlik) teenusekaskajate arvu vähenemine. Kuna ühiskondlikuks huviks on siiski võimalikult paljude hälbega inimeste ravimine, siis on otstarbekas teenuse tasuta osutamise patsientidele (ka siis, kui neil puudub ravikindlustus), sealhulgas ka ravimikulude hüvitamine, kuigi selles osas võib kaaluda patsientide omaosalust.

5. Muud allikad

Projekti meeskonna hinnangul võiks ligikaudu 20 000 euro ulatuses kulud katta omatulude arvelt (sh koolitused, projektid jne). Kuna aga projektitulud on seotud suure ebakindlusega, siis ei ole neid tulusid finantsprognosis arvesse võetud.

Järeldus: uurimisgrupi hinnangul võib KSKK tegevuskulude finantseerimine olla kaetud kolmest allikast: Sotsiaalministeeriumi eelarve (ministeerium otse või TAI kaudu), Justiitsministeeriumi eelarve ja Eesti Haigekassa. Eesti Haigekassa rahastamine on leitud haigekassa hinnakirja alusel. Kuna aga leitud summa ei kata kogu KSKK kulusid, siis on vajalik täiendav finantseerimine riigi poolt, milleks töögrupi ettepanekul on Justiitsministeeriumi ja Sotsiaalministeeriumi eelarve. Erinevate allikate kaasamine finantseerimisse on põhjendatud just kompetentsi lisamiseks KSKK juhtimisse ja seose loomisega erinevate huvitatud osapooltega.

Finantsanalüüsi puhul ei ole arvestatud tõigaga, et pedofiilide ravi ja teraapia vajadus võib olla ka eluaegne. Analüüsis on eeldatud, et üks raviperiood kestab 1,5 aastat

KSKK investeeringute, tegevuskulude ja -tulude analüüs

Väljapakutud KSKK toimimise mudeli kulud võib jagada kaheks:

- esmase investeeringu kulud, mis on vajalikud KSKK käivitamiseks;

- tegevuskulud, mis jagunevad püsikuludeks (sh majandamiskulud ja personalikulud) ning ravi ja arendustegevustega seotud juhtumipõhisteks ning muudeks ühekordseteks kuludeks.

Investeeringute mahu analüüs

Uuringu läbiviijate hinnangul on kolm võimalikku mudelit KSKK käivitamiseks ja toimimiseks:

1. toimimine olemaoleva tervishoiuteenuse pakkuja koosseisus
2. toimimine läbi uue loodava tervishoiuteenuse pakkuja;
3. toimimine riigi-hallatava asutuse allüksusena.

Majanduslikus mõttes ei ole olulist vahet, milline kolmest stsenaariumist realiseerub. Riigi üldise halduspoliitika kontekstis on mõttetu luua nii väike asutus eraldiseisva riigiasutusena või riigi hallatava asutusena. Samuti puuduvad hetkel riigis seksuaalhäbelise käitumisele spetsialiseerunud struktuurid, millega võiks loodava KSKK liita. Seega jäävad võrdväärselt mõistlikeks lahendusteks KSKK väljaarendamine olemasolevate tervishoiuteenuste osutajate juurde või uue, eraõigusliku tervishoiuteenuse osutaja asutamine.

Uuringu läbi viinud ekspertide hinnangul on mõistlik KSKK käivitada mõne tervishoiuasutuse juures, kes juba toimib ning kellel on olemas suutlikkus ja huvi seksuaalhäbelise käitumisega isikute menetlemiseks (vastavalt vajadusele ravi, rehabilitatsioon, nõustamine ja muud teenused)¹⁰⁶.

Investeeringute analüüs

Arvestades KSKK pinna ja seadmete vajadust võib eeldada, et toimimise mudeli valik ei mõjuta aga märkimisväärselt KSKK investeeringuid.

Ruumid. KSKK käivitamiseks on vaja leida, kohandada ning teenuse osutamiseks inventariga sisustada KSKK funktsioneerimiseks sobivad ruumid (sõltumata sellest, kas luuakse uus asutus või teenust hakatakse pakkuma juba olemasoleva tervishoiuasutuse

¹⁰⁶ Selliste tervishoiuasutustena tulevad kõne alla näiteks TÜK Meestekliinik, PERH Psühhiaatrikliinik, TÜK Psühhiaatrikliinik, Arstlik Perenõuandla OÜ ja Jämejala haigla.

juures). KSKK ruumilahendus peab vastama tervishoiuteenuse osutamise nõuetele, sh nõuetele, mis on seotud delikaatsete isikuandmete töötlemisega. Andmekaitse Inspeksioon on kehtestanud erinõuded ruumidele (ruumiprogramm laiemalt, juurdepääsud, väline turvalisus jne), mida peab teenuse osutamisel arvestama. Samuti on kehtestatud nõuded kasutatavale meditsiinitehnoloogiale.

Kuna KSKK ei osuta statsionaarset raviteenust, on ka ruumivajadus väiksem ning ka KSKK kogukulud madalamad võrreldes variandiga, kui statsionaarset teenust osutatakse. KSKK eeldatav ruumivajadus on 130-140m², hetkearvestuse aluseks on võetud keskmine (135m²). Ruumivajadus jaguneb:

- õe-registraatori tööruum (9m²)
- klientide ooteruum (8m²)
- spetsiifilise meditsiinitehnoloogiaga varustatud seksuoloogi kabinet, sh kabinetiväline vaatlemisvõimalus (16 m²)
- erinevate spetsialistide kabinetid (2) ja ruum individuaalseks nõustamiseks (2 x 16m²)
- ruum grupinõustamiseks - koolitusklass (30 m²)
- telefoninõustajate tööruum (9m²)
- koosolekute ruum ja puhkenurk (12 m²)
- arhiiviruum (6 m²)
- WC (3 m²)
- Muud pinnad (koridor, laoruum jne) (10 m²)

Eeldame üüripinda, kuna KSKK ei vaja niivõrd spetsiifilisi ruume, et oleks vaja uus hoone ehitada. Konservatiivsuse põhimõttel on ruumide ettevalmistamiseks arvestatud sanitaarremondi ja kütte- ning ventilatsioonisüsteemi uuendamisega, misjärel on ruumid sobivad KSKK tegevuseks. Kinnisvara- ja ehitusekspertidega konsulteerimise tulemusena on vastavateks kuludeks eelarvestatud 200 eurot ruutmeetri kohta.

Seega on 135 m² suuruse pinna ettevalmistamiseks vajalik kogukulu **27 000 eurot**.

Seadmed ja sisseseade, mis hõlmab kõike vajalikku KSKK toimimiseks. Investeeringud jagunevad kaheks: meditsiinilise iseloomuga investeeringud ning üldinvesteeringud. Esimese all on silmas peetud erinevat meditsiiniaparatuuri ja väikevahendeid, teise all teraapiavahendeid ning kontori- ja bürootarbeid.

Meditsiinilise iseloomuga investeeringud koosnevad järgmistest soetustest:

- pletüsmograaf¹⁰⁷;
- protseduurilauad;
- meditsiiniline lamp¹⁰⁸;
- UH aparaat;
- meditsiinilised väikeinstrumendid.

Üldinvesteeringud koosnevad järgmistest soetustest:

- töökohad (õde-registraator, psühhiaater-seksuoloog, sisseostetavad ekspertteenused);
- telefoninõustajate töökohad ja telefoninõustajate tööks vajalikud arvutiprogrammid;
- AKI nõuetele vastav arhiivisüsteem;
- protseduuriruumi sisustus;
- individuaalnõustamisruumi sisustus (tool, laud, diivan, riiul jms);
- grupinõustamisruumi ja koolitusklassi sisustus (mahutavus kuni 20 inimest – toolid, lauad jms);
- muud vajalikud investeeringud (toolid ja laud ooteruumis, bürookapid, nagid jms).

Tabel. Seadmete ja inventari soetamise ning väikevahendite kulud

| Nimetus | Ühikute arv | Ühiku maksumus, EUR | Maksumus kokku, EUR |
|----------------------------------------------|--------------------|----------------------------|----------------------------|
| Pletüsmograaf | 1 | 6 000 | 6 000 |
| Protseduurilaud | 2 | 310 | 620 |
| Meditsiiniline lamp | 1 | 350 | 350 |
| UH-aparaat | 1 | 400 | 400 |
| Meditsiinilised väikeinstrumendid (komplekt) | 1 | 800 | 800 |

¹⁰⁷ Pletüsmograaf on vahend elundi, kehaosa või kogu keha mahu mõõtmiseks, registreerides spetsiaalse mansetiga liikumised. Antud kontekstis on pletüsmograaf vajalik selleks, et tuvastada erootilise materjali näitamisel isikule tema peenise mõõtmete suurenemine ehk erektsioon, erutus seisund.

¹⁰⁸ Meditsiiniline lamp peab tagama valgusvoo ühtlase ja ühetaolise langemise objektile, peab tagama valgusvoo piisava intensiivsuse ning minimeerima varjude tekke ja esinemise.

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------|---------------|
| Telefoninõustamise teenuse ja veebipõhise nõustamisteenuse käivitamine integreerituna mõne olemasoleva nõustamisteenusega | 1 | 5 000 | 5 000 |
| Meditsiinilise personali töökoht (õde, psühhiaater, palgatav spetsialist, telefoninõustaja) sh laud tool, klienditool, lamp, arvuti | 4 | 1 755 | 7 020 |
| Muu mööbel (seif, riiulid, üldmööbel) komplektina | 1 | 2 250 | 2 250 |
| Grupinõustamise ja koolituste ruumi sisustus (komplekt) | 1 | 4 050 | 4 050 |
| Telefon | 1 | 30 | 30 |
| Mobiiltelefon (üld) | 1 | 120 | 120 |
| Dataprojektor (statsionaarne) | 1 | 800 | 800 |
| Tavaprinter (üldkasutatav) | 1 | 252 | 252 |
| Külmik meditsiinitarvete hoidmiseks | 1 | 352 | 352 |
| Seadmete ja sisseseade soetamine kokku | | | 28 044 |

Investeeringu teostamise ajaks on eeldatud 6 kuud.

Tegevuskulude analüüs:

KSKK kulude struktuuri ja kulude suuruse määrab suuresti osutatavate teenuste profiil.

KSKK pakub suures plaanis kahte peamist teenust¹⁰⁹:

1. Ambulatoorne raviteenus (kompleksravi, mis koosneb erinevatest komponentidest, vt ülal)
2. Seksuaalhäbeliste inimeste ja nende lähedaste telefoninõustamise teenus

KSKK iga-aastased tegevuskulud koosnevad järgmistest kulukohtadest:

- Tööjõukulud
- Meditsiinilised väikevahendid (süstlad, kindad, desinfektsioonivahendid jne)

¹⁰⁹ Uuringu läbi viinud ekspertide arvates peaks lisaks seksuaalhäbelise käitumisega isikutele keskus osutama teenuseid ka seksuaalkurjategijate ohvritele ja erivajadusega inimestega töötavatele isikutele. Uuringu algatajate (JuM, SoM) hinnangul ei ole see otstarbekas ning neid teenuseid ei ole KSKK mudelis kajastatud.

- Ravimid¹¹⁰
- Juhtumipõhised sisseostetavad teiste spetsialistide teenused
- Rendi ja hoolduskulud
- Üld- ja kommunaalkulud

Teenuste osutamiseks on uurimisrühma hinnangul vajalik kolme liiki personal:

| | |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Täiskohaga ja töölepinguga personal | KSKK põhikohaga töötajateks on üks psühhiaater-seksuoloog (täidab ka KSKK juhi funktsioone) ning üks õde-registraator. |
| Sisseostetavad spetsialistid ja abiteenused | Tunni- või visiidipõhise tasuarvestuse alusel sisse ostetav naiste- ja meestearst, psühhoterapeut, psühholoog, sotsiaaltöötaja, noorsootöötaja jt vajalikud spetsialistid(arvestuslikult 500 tundi aastas ¹¹¹) ning abiteenused (raamatupidaja, IT-spetsialist, koristaja) |
| Telefoni- ja veebipõhised nõustajad | Lepingu alusel töötavad nõustajad, kelle aastane töömaht on ca 2000 ¹¹² tundi. |

KSKK töökohtade arv ning kulude arvestus stsenaariumite lõikes on toodud järgnevas tabelis.

Tabel. Tööjõu- ja koolituskulude arvestus

| | Ametikohtade arv | Keskmise brutopalk kuus | Brutotöötasu aastas | | | Koolitus- ja lähetuskulud |
|------------------------------------------------------|------------------|-------------------------|----------------------------------|-----------------------|------------------------------------|---------------------------|
| | | | Tervishoiuteenuse pakkuja juures | Uus loodav asutus | Riigi hallatava asutuse koosseisus | |
| KSKK juhataja, Psühhiaater-seksuoloog ¹¹³ | 1 | 2 000 | 24 000 | 28 800 ¹¹⁴ | 24 000 | 2 400 |

¹¹⁰ Soovitatav kasutatavate ravimite loetelu on toodud ravijuhises seksuaalkurjategijate menetlemiseks

¹¹¹ Hinnang põhineb uuringu läbiviijate ekspertarvamusel ja senisel kogemusel vastavate patsientidega

¹¹² Aluseks on võetud Rootsi mudel (kõnelele vastamise aeg 4 tundi päevas, tööpäeviti, kaks nõustajat paralleelselt)

| | | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------|-----|-------|---------------|---------------|---------------|--------------|
| Õde-registraator | 1 | 760 | 9 120 | 9 120 | 9 120 | 912 |
| Telefoninõustaja d (psühhiaatrid ja psühholoogid ¹¹⁵) | 1 | 1 250 | 15 000 | 15 000 | 15 000 | 1 500 |
| Tugiteenused | 0,6 | 2 600 | 0 | 0 | 18 720 | 1 872 |
| KOKKU | | | 48 120 | 52 920 | 66 840 | |
| Töötasult makstavad maksud | | | 16 072 | 17 675 | 22 325 | |
| Kulu kokku | | | 64 192 | 70 595 | 89 165 | 6 684 |

Tugiteenuste (IT, raamatupidamine) osas on eeldatud, et riigi hallatava asutuse koosseisus osutavad teenust osajaga palgal olevad spetsialistid, teiste lähenemiste korral ostetakse teenused sisse erasektorist (vt järgmine tabel).

Sisseostetavate spetsialistide ning infokampaania kulud erinevate stsenaariumite korral on toodud järgnevas tabelis.

Tabel. Sisseostetavate spetsialistide, tugiteenuste ja infokampaania kulud

| Teenus | Kogus | Ühiku hind | Olemaolev tervishoiu-teenuse pakkuja | Uus loodav tervishoiu-teenuse pakkuja | Riigi hallatava asutuse koosseisus |
|-----------------------------------------------------------------|-------|------------|--------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|
| Sisseostetavate spetsialistide teenused (tund) ¹¹⁶ | 500 | 100 | 50 000 | 50 000 | 50 000 |
| Infokampaania ja teavitusmaterjalid (igaaastane) ¹¹⁷ | 1 | 2500 | 2500 | 2500 | 2500 |

¹¹³ KSKK juhataja, psühhiaater-seksuoloogi ülesanded on lisaks otsesele ravimisele tegeleda ka konkreetse isiku raviplaani koostamise ja juhtimisega, kaasates vajadusel teisi valdkondlike spetsialiste. Samuti tegeleb ta ravipraktika koondamise, analüüsi ja kujundamisega. Tema ülesandeks on ka konsulteerida teiste spetsialistidega nii Eestis kui väljaspool Eestit, koordineerida valdkondlikku võrgustikutööd.

¹¹⁴ Uue loodava asutuse puhul on juhtimisfunktsioone ühel inimesel rohkem kui juba toimiva ja ka muid teenuseid pakkuva organisatsiooni puhul (sh personalijuhtimine, finantsjuhtimine jne)

¹¹⁵ Teenuse kättesaadavus ja maht on planeeritud sarnaselt Rootsis pakutavale telefoni-nõuande teenusele.

¹¹⁶ Tunni- või visiidipõhise tasuarvestuse alusel sisse ostetav naiste- ja meestearsti, psühhoterapeudi, psühholoogi, sotsiaaltöötaja, noorsootöötaja jt vajalike spetsialistide teenused (arvestuslikult 500 tundi aastas).

| | | | | | |
|-----------------------------------------------|----|-----|---------------|---------------|---------------|
| Tugiteenused (sh sisseostetavad tugiteenused) | 12 | 410 | 4 920 | 4 920 | 0 |
| KOKKU | | | 57 420 | 57 420 | 52 500 |

| | | | | | |
|--------------------------------------------------------------|---|------|---------------|---------------|---------------|
| Infokampaania ja teavitusmaterjalid 1. Aastal ¹¹⁸ | 1 | 7000 | 7000 | 7000 | 7000 |
| Esimese aasta kulud kokku | | | 61 920 | 61 920 | 57 000 |

Teiseks oluliseks kulukohaks on otsesed raviga seotud kulud, millest valdava osa moodustavad ravimid. Uurimisrühma ekspertide poolt hinnatud kulud protseduuri (visiidi) kohta on toodud järgnevas tabelis.

Tabel. Ravi muutuvkulud

| Kuluartikkel | Keskmine kulu visiidi kohta (EUR) |
|-------------------------------------------|------------------------------------------|
| Ravimid | 30,00 ¹¹⁹ |
| Muud | 0,76 |
| Süstal | 0,35 |
| Dermagrip Polymer latekskinnas N100 100tk | 0,15 |
| Desinfitseerimisvahend `Pharmacare` 100ml | 0,03 |
| Tups `Mesoft` 100 tk | 0,16 |
| Vatipadjad 80 tk | 0,01 |
| Paberlina rullis 2tk. 50cm /200m | 0,56 |
| KOKKU | 32,00 |

Arvestades 600 visiidiga, on raviga seotud muutuvkulud aastas **19 200 eurot**.

¹¹⁷ Igal aastal teavitatakse avalikkust osutatavast teenusest, kasutades selleks erinevaid meedia liike (trükimeedia, sotsiaalmeedia, muud Interneti võimalused)

¹¹⁸ Kuna tegemist on uue, käivitatava teenusega, on esimesel tegevusaastal kampaania oluliselt suuremahulisem. Rohkem kui järgnevatel aastatel toimub teavitus tasuta reklaamikanalites.

¹¹⁹ Soovitav kasutatavate ravimite loetelu on toodud ravijuhises seksuaalkurjategijate menetlemiseks.

KSKK kulude koondeelarve

Kokku on eeldatud KSKK töömahuks 600 visiiti aastas, arvestusega 40 klienti ja keskmine visiitide arv 15 visiiti ühe kliendi kohta. KSKK töömaht põhineb senisel ambulatoorse vastuvõtu praktikal.

Tabel. Aasta keskmised kulud erinevate stsenaariumite alusel

(eurodes)

| Kulu liik | Olemaoleva tervishoiuteenuse pakkuja juures | Loodava tervishoiuteenuse pakkuja juures | Riigi hallatava asutuse koosseisus | Eeldused ja selgitused |
|----------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Personalikulu | 64 192 | 65 795 | 89 165 | Vt tabelit eelpool |
| Bürookulu | 1081 | 1081 | 1268 | |
| sh kantseleikulu | 360 ¹²⁰ | 360 ¹²¹ | 432 ¹²² | Arvestatud 120 eurot isiku kohta aastas. Kulude maht riigiasutuses on kõrgem, kuna töötajaid, kelle bürookulusid arvestatakse, on rohkem (tugipersonal). Eraettevõtja puhul ostetakse teenused sisse. |

¹²⁰ Arvestatud 3 täistööajaga töötajat, so 3 x 120 eurot = 360 eurot.

¹²¹ Ibid.

¹²² Arvestatud 3,5 täistööajaga töötajat (sh tugiteenused), so 3,6 x 120 eurot = 432 eurot

| | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| sh sideteenused | 576 | 576 | 691,2 | Arvestatud 16 eurot telefoniarveks kuus töötaja kohta. Kulude maht riigiasutuses on kõrgem, kuna töötajaid, kelle bürookulusid arvestatakse on rohkem. Eraettevõtja puhul ostetakse teenused sisse. |
| sh kontori info- ja kommunikatsiooni- tehnoloogiline andmeside jm kulud | 145 | 145 | 145 | |
| Transpordi, koolitus- ja lähetuskulud | 6 252 | 7 214 | 8 124 | |
| sh koolitus- ja lähetuskulud | 4 812 | 5 774 | 6 684 | Arvestatud keskmiseks kuluks 10% brutopalgast mahust |
| Transpordikulud | 1 440 | 1 440 | 1 440 | kulu kuus 120 eurot = isikliku sõiduauto kasutamine ametisõitudeks (psühhiaater- seksuoloog). |
| Pindadega seotud kulud | 14 635 | 14 635 | 14 635 | |
| Rent | 10 391 | 10 391 | 10 391 | 6,414 eurot m2 kohta kuus |
| kommunaalkulu | 4 244 | 4 244 | 4 244 | 2,62 eurot m2 kohta kuus |

| Inventari- ja muutuvkulud | 74 244 | 74 244 | 74 244 | arvestatud tabelis 'Inventar' |
|-------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| Ühekordne kulu (investeering) | 55 044 | 55 044 | 55 044 | 5 aasta järel uuendused |
| Ravi muutuvkulud | 19 200 | 19 200 | 19 200 | Iga-aastased kulud |
| Ostetavad teenused | 57 420 | 57 420 | 52 500 | |
| Infokampaania ja teavituspõhised materjalid 1. aastal | 7 000 (järgnevad aastad 2 500) | 7 000 (järgnevad aastad 2 500) | 7 000 (järgnevad aastad 2 500) | |
| Kulud kokku | 217 824 | 220 389 | 239 935 | |
| sh iga-aastased | 162 780 | 165 346 | 184 892 | |
| sh 1 aasta kulud | 224 824 | 227 389 | 246 935 | |

KSKK tulude ja kulude prognoos

Eelnevalt toodud eeldustel koostatud investeeringute ja tegevuskulude rahavoogude prognoos on esitatud järgnevas tabelis. Prognoos on koostatud töögrupi hinnatud eelistatud stsenaarium järgie, selleks on KSKK asutamine olemaoleva tervishoiu-teenuse pakkuja juures.

Tabel: projektsioonid - KSKK rahavoo prognoos olemasoleva tervishoiu-teenuse pakkuja juures tegutsemise korral¹²³

| <i>Eurot</i> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--------------------------------|--------------|--------------|----------|----------|----------|
| Investeeringud | | | | | |
| Käibekapitali investeering (-) | 5 000 | 5 000 | | | |
| Põhivara investeering (-) | 55 044 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Investeering kokku | 60044 | 5 000 | 0 | 0 | 0 |
| Tegevuskulud (-) | | | | | |
| Personali- ja koolituskulu | 0 | 76 803 | 81 027 | 85 484 | 90 186 |
| Sisseostetud teenused | 0 | 65 691 | 62 744 | 64 627 | 66 566 |
| Visiitide muutuvkulu (sh | 0 | 33 949 | 34 967 | 36 016 | 37 097 |

¹²³ Kulude kasv on arvestatud vastavalt: <http://www.struktuurifondid.ee/file.php?10147208> (arvestatud on tarbijahinna indeksi ja palgakasvu näitajatega).

| | | | | | |
|---------------------------|----------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| ravimid) | | | | | |
| Pindadega seotud kulud | 0 | 15 526 | 15 992 | 16 472 | 16 966 |
| Inventar | 0 | 20 369 | 20 980 | 21 610 | 22 258 |
| Bürookulud ja transport | 0 | 2 675 | 2 755 | 2 837 | 2 923 |
| Tegevuskulud kokku | 0 | 215 013 | 218 466 | 227 046 | 235 995 |

Finantseerimistegevus (+)

| | | | | | |
|-------------------|-------|--|---|---|---|
| SoM finantseering | 55044 | | 0 | 0 | 0 |
|-------------------|-------|--|---|---|---|

| | | | | | |
|------------------------------|----------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | | -215 | -218 | -227 | -235 |
| Finantseerimisvajadus | 0 | 013 | 466 | 046 | 995 |

Tulud

| | | | | | |
|--------------------|----------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| JuM | 0 | 32 888 | 33 875 | 34 891 | 35 937 |
| EHK | 0 | 81 473 | 83 917 | 86 435 | 89 028 |
| Abitelefon | 0 | 29 705 | 30 596 | 31 514 | 32 460 |
| Tulud kokku | 0 | 144 066 | 148 388 | 152 840 | 157 425 |

| | | | | | |
|----------------------------|----------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| KSKK rahavoog kokku | 0 | -70 947 | -70 078 | -74 206 | -78 569 |
|----------------------------|----------|----------------|----------------|----------------|----------------|

| | | | | | |
|----------------------------|----------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| SoM finantseerimine | 0 | 70 947 | 70 078 | 74 206 | 78 569 |
|----------------------------|----------|---------------|---------------|---------------|---------------|

Juhul kui KSKK luuakse iseseisva asutusena, on selle tegevuskulu aastas hinnanguliselt 7000 eurot kõrgem (lisanduv juhtimiskulu) ning KSKK asutamisel riigiasutuse koosseisus 22 000 eurot aastas kõrgem (lisanduvad tugiteenuste personaliga seotud täiendavad kulud (koolituskulud, bürootarbed, kommunaalkulud jms, mis teiste pakutud variantide korral ostetakse teenusena sisse) tänases vääringus)). Kulude vahe kujunemine on toodud eelneva alapeatüki kulude koondtabelis.

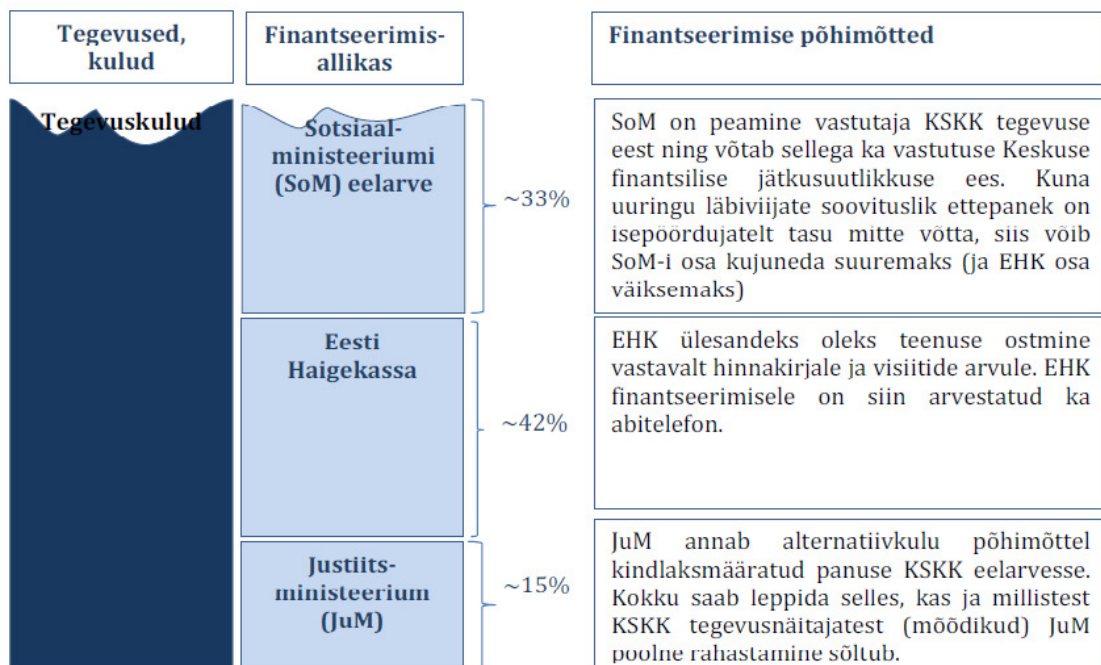
KSKK tulude struktuur

KSKK finantseerimismudeli väljatöötamisel ei olnud käesoleval hetkel võimalik kasutada välismaa analooge. Eesti majandusruumis on kõige lähedasemateks analoogideks ambulatoorsed psühhiaatrilise arstiabi pakkujad sh ka näiteks alkoholist ja narkootikumidest võõrutamise teenuse osutajad.

Psühhiaatrilise teenuse finantseerimine toimub peamiselt Eesti Haigekassa ja patsientide omafinantseerimise kaudu. KSKK võimalike finantseerimisallikatena saab siiski kaardistada laiemat ringi institutsioone.

Esialgse finantsplaani koostamisel ei ole arvestatud võimalike tuludega muude teenuste müügist, kuna neid ei ole tänase seisuga tuvastatud.

Joonis 2 Rahastamise eeldatav proportsioon



- SoM on peamine vastutaja KSKK tegevuse eest ning võtab sellega ka vastutuse KSKK finantsilise jätkusuutlikkuse eest.
- EHK ülesandeks on teenuse ostmine vastavalt hinnakirjale ja visiitide arvule.
- JuM annab alternatiivkulu põhimõttel kindlaksmääratud panuse KSKK eelarvesse.

| AASTA | INVESTEERINGUD/TEGEVUSED |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2014 | Detailse investeeringute kava koostamine ning kõikide kulukohtade lülitamine 2015 aasta riigieelarvesse (sh tegevuskulud). |
| 2015 | Investeeringute tegemine (01.01.2015 – 30.06.2015) ning KSKK käivitamine. |

KSKK toimimise mudeli põhimõtted

Käesolevas peatükis antakse lühiülevaade KSKK tegevusvaldkondadest, peamistest kliendigruppidest ning kavandatud tegevustest.

KSKK-s tegeletakse:

- Seksuaalhälbelse käitumisega isikute ravi ja rehabilitatsiooniga:
 - kompleksravi osutamine karistuse asemel
 - isepöördujate ja nende lähedaste ning perekonnaliikmete menetlemine
 - isikute nõustamine, kelle seksuaalkäitumine ei ole kriminaliseeritud, kuid kes vajavad valdkondlikku nõuannet ja tuge
 - valdkondliku nõuandetelefoniteenuse koordineerimine ja telefonipõhise nõuandeteenuse osutamine

See tähendab, et KSKK peab olema mehitatud erinevate spetsialistidega. Täistööajaga sisulistest spetsialistidest on keskuses vajalik psühhiaater-seksuoloogi olemasolu, seonduvad teenused (naiste- ja meestearst, psühhoterapeut, psühholoog, sotsiaaltöötaja, noorsootöötaja jne) ostetakse juhtumipõhiselt sisse.

Olles analüüsinud teiste riikide erinevaid praktikaid ning Eesti olukorda, jõudsid uuringu läbiviijad järgmistele järeldustele:

- Kõige tulemuslikum on ravi juhul, kui see toimub nii vanglas kui ka pärast vabanemist vanglaväliselt (aktiivraviprotsessi kestvus keskmiselt 2-3 aastat + lisanduvad käitumiskontrolli meetmed)
- Eestile sobivat üks-ühele ülevõetavat teenuse osutamise korralduse mudelit vaadeldud riikides ei ole. Kõige sarnasem lahendus on juurutatud Rootsis (valdkondliku kompetentsi tsentraliseerimine, põhjalik ning süsteemne tegelemine isepöördujatega, erinevad lahendused ennetustegevusteks jne). Rootsi mudel on võetus aluseks KSKK sisuliste tegevuste kujundamisel Finantseerimisküsimuste (rahastamise mudelid, kulude struktuur) lahendamisel ei ole aga võimalik tugineda välismaa analoogidele, sest riikide tervishoiu rahastamise süsteemid ning seonduvate tugistruktuuride olemasolu ja korraldus on väga erinevad.

- Probleemiks on ravi- ja nõustamisvõimaluste puudumine kergema kriminaalsuse astmega seksuaalkurjategijate ja niinimetatud isepöördujate lõikes. Seega on vaja parandada valdkondlike ravi- ja nõustamisteenuste kättesaadavust.
- Valdkondliku ekspertiisi ja ravi koondamist peavad vajalikuks nii uuringu raames küsitletud eksperdid kui ka projektimeeskonna eksperthinnang. Mõistlik on koondada ekspertiis mõne ambulatoorset või statsionaarset tervishoiuteenust (sh sihtgrupile suunatud ravi ja rehabilitatsiooni korraldava) pakkuva organisatsiooni juurde. Mõistlik on, et loodav KSKK paikneks Tallinnas, mis tagab võimalikult hõlpsa üle-eestilise juurdepääsu¹²⁴.
- KSKK teenuste rahastamiseks on põhimõtteliselt kolm võimalust:
 - riigieelarveline rahastamine;
 - patsientide-poolne rahastamine;
 - riigieelarveline, välisvahenditest ja patsientide omaosalusest kombineeritud rahastamine.

Uuringu raames läbi viidud finantsanalüüsi ning läbiviidud intervjuude käigus selgus, et teenuse (KSKK) rahastamismudel saab põhineda vaid riigieelarvelisel rahastamisel, kombineerides selleks erinevaid allikaid, millele lisanduvad erinevad projektipõhised vahendid (välisvahendid, siseriiklikud toetusmehhanismid). Raviteenuse finantsanalüüs näitas, et ravikulust suurima osa moodustavad kulud ravimitele, mis tuleb patsientidel endil kanda - sõltumata sellest, kas nad on ravikindlustatud või mitte. Tagasiside seksuaalhäbelise käitumisega inimeste raviga tegelevatelt praksistelt näitas (vt lk 52 ning lk 19-20), et vaid väike osa isepöördujatest on sellises sotsiaalmajanduslikus olukorras, mis võimaldab neil oma ravi eest täies mahus ise tasuda ning sagedased on juhud, mil isepöörduja katkestab oma ravi ebapiisavate majanduslike võimaluste tõttu. Kuna tegemist on meditsiinivaldkonnaga, mis kuulub Sotsiaalministeeriumi pädevusse, siis on uuringu läbiviijate hinnangul mõistlik, et teenust rahastab peamiselt Sotsiaalministeerium.

Loodava keskuse kliendid jagunevad kolmeks:

¹²⁴ KSKK eelistatuim asukoht on Tallinn - seda nii kompetentsi koondumise, seksuaalkurjategijate suurima arvukuse tõttu Tallinnas ja Põhja-Eesti piirkonnas kui transpordikorralduslikust argumentatsioonist (bussiühendus mistahes asukohast Tallinnasse on parem kui mistahes muusse asukohta) lähtuvalt.

- Kliendigrupp 1: praegu teenuse vajajateks kvalifitseeruvad isikud. Tegevuse eesmärk on õigusaktides kehtestatud tingimuste kohaselt võimaldada ambulatoorset kompleksraviteenust seksuaalkuritegusid toime pannud isikutele, kellel on diagnoositud pedofiilia või mõni muu seksuaalsuunitluse häire (parafiilia) ja kes nõustub ravi saamisega. Seksuaalkurjategijate kompleksravi seisneb kombineeritud medikamentoosses ehk ravimravis ja psühhoteraapilises ravis (teraapia/nõustamine), mis viiakse läbi vastavalt ravijuhisele seksuaalkurjategijate menetlemiseks. Ravi eesmärgiks on isiku kuriteo toimepanemise põhjuseks olnud psüühikahäire ravimine või selle kontrolli all hoidmine. Ravialusteks saavad olla süüdimõistetud täisealised isikud, kellele on kohtu poolt määratud ravi järgmistel alustel:

- karistusseadustiku §69² kohane vangistuse asendamine seksuaalkurjategijate kompleksraviga
- karistusseadustiku §76 kohane ennetähtaegne tingimisi vangistusest vabastamine kohustusega alluda ravile.

Kompleksravi saab kohaldada vaid isikutele, kellele on määratud karistuseks kuuekuuline kuni kaheaastane vangistus. Kohus võib ravi pikkuseks määrata 18 kuud kuni kolm aastat. Vangistuse osalisel asendamisel seksuaalkurjategijate kompleksraviga koostab kriminaalhooldusametnik uurimisasutuse, prokuratuuri või kohtu taotlusel ettekande, milles antakse arvamuse kompleksravi kohaldamise võimaluse kohta, lähtudes kahtlustatava või süüdistatava isikust, tema elutingimustest ja sotsiaalmajanduslikust olukorrast. Positiivse arvamuse korral suunatakse isik KSKK-sse, kus kompleksravi meeskond koostab talle raviplaani ja viib selle ellu vastavalt Justiitsministri määrusele „Seksuaalkurjategijate kompleksravi ettevalmistamise, täitmise ja järelevalve kord“ ning KSKK ja teenuse osutaja vahel sõlmitud lepingu tingimustele. Teenuse eest tasutakse Justiitsministeeriumi eelarvest.

- Kliendigrupp 2: isepöördujad. Tegevuse eesmärk on tagada isikutele, kes ei kuulu kliendigruppi 1 ravi, rehabilitatsioon ja nõustamine, võttes aluseks seksuaalkurjategijate ravijuhise põhimõtted. Siia alla kuuluvad
- mittekriminaliseeritud seksuaalhäbelise käitumisega isikud
- teo sooritanud, kuid mitte süüdi mõistetud isikud
- teo sooritanud, kuid muu karistuse saanud, va kliendigrupp 3

- isepöördujate lähedased ja perekonnaliikmed.

Tegevuse eesmärk on võimaldada ambulatoorset kompleksravi, rehabilitatsiooni- ja nõustamisteenust erinevatel tasemetel seksuaalhäbelise käitumisega isikutele ning nõustamisteenust nende lähedastele ja pereliikmetele¹²⁵. Isik pöördub KSKK-sse, kus toimub tema olukorra hindamine ning raviplaani koostamine. Raviplaani sisu on konfidentsiaalne. Teenuse eest tasutakse Haigekassa eelarvest (psüühika- ja isiksusehäired).

Isiku lähedastel on KSKK-s võimalik saada igakülgset psühholoogilist ning vajadusel ka psühhiaatrilist nõustamist.

Kliendigrupp 3: karmima karistuse saanud seksuaalkurjategijad võrrelduna kliendigrupiga 1. Uuringu läbiviimise käigus on selgunud, et olemasolev vanglasisene ravikorraldus ja –meetmed vajavad täiendamist¹²⁶. Juhul, kui isikule on seksuaalkuriteo eest määratud pikem kui kahe-aastane vanglakaristus, vajab ta uuringu läbi viinud ekspertide hinnangul samuti ravi – kuid mitte vabastamist. Seega on vajalik alustada kompleksraviga (sh medikamentoosne ravi) selliste seksuaalkurjategijate puhul juba nende vanglas viibimise ajal. See vajab täiendavat õiguslikku regulatsiooni.

KSKK meeskonnale edastatakse informatsioon seksuaalkurjategija kohta ning viiakse läbi tema täiendav ekspertiis ja koostatakse tema raviplan. Ravi viiakse läbi vanglas. Psühhoteraapilisi ja kognitiivkäitumuslikke seansse viib läbi KSKK meeskonda kuuluv ekspert. Medikamentide annustamise eest vastutab ja seda kontrollib vangla meditsiiniline personal. Teenuse eest tasub Justiitsministeerium.

Lisaks sellele on mõistlik keskuses välja töötada täiendavad programmid, mis käsitlevad seksuaalhäbelise käitumisega isikute sujuvat sotsialiseerimist ühiskonda. Pärast valdkondlikku info-, ja konsultatsiooniteenust ning ravi- ja rehabilitatsiooniteenuste osutamist on vaja, et isik leiaks tee tagasi ühiskonda. Uuringu läbiviijate hinnangul peaks

¹²⁵ Uuringu läbiviijad teevad ettepaneku rahastada ka seksuaalhäbelise käitumisega isikute lähedaste nõustamisteenust avaliku sektori vahenditest, sarnaselt vähihaigete lähedaste nõustamisele. Uuringu läbiviijate hinnangul on nii tagatud probleemi terviklik lahendus (vältimaks olukorda, kus seksuaalhäbelise käitumisega isik on oma ravi saanud, kuid tema lähedaste nõustamine on jäänud tegemata ning nende probleemid jäävad aktuaalseks). Sellist lähenemist toetab ka senine isepöördujate ja nende lähedaste analüüs teenust pakkuvate praksiste lõikes.

¹²⁶ Täpsemalt vt käesolev uuring lk 26-27.

üalviidatud uuringu „Vaimse tervise teenuste kaardistamine ja vajaduste analüüs“ põhimõtetest johtuvalt töötama välja sotsialiseerimisprogrammid, kus psühhiaatriline abi on integreeritud psühholoogilise ja psühhoterapeutilise abi ning sotsiaalteenustega. Programmid peaks töötama välja seotud valdkondade eksperdid pärast keskuse käivitumist, programmide väljatöötamise rahastamiseks oleks uuringu läbiviijate hinnangul lisaks võimalikele riigieelarvelistele vahenditele kasutada ka välisvahendeid ning muid toetusi. Uuringu läbiviijate hinnangul peaksid väljatöötatavad programmid hõlmama hálbest johtuvatele tegevustele ka üldisi abi- ja nõustamisvõimalusi, sh alkojanarkosõltuvuse leevendamise. Selline lähenemine aitaks sihtgrupi liikmetel hõlpsamini ja tulemuslikumalt ühiskonnaellu integreeruda.

KSKK mõjuanalüüs

KSKK mõjude hindamisel ja mõjude analüüsil on lähtunud Riigikantselei ja Justiitsministeeriumi poolt välja töötatud mõjude hindamise metoodikast¹²⁷. Sõltuvalt mõju olemusest ning seotusest KSKK-ga on tuvastatud, et KSKK loomisel on:

- Sotsiaalseid, sealhulgas demograafilisi mõjusid
- Mõju majandusele.

KSKK loomise sotsiaalsed mõjud on positiivsed, seda nii ühiskonna üldise turvalisuse kui sotsiaal- ja tervishoiuteenuse kättesaadavuse paranemise seisukohalt. KSKK loomine mõjutab otseselt ja positiivselt inimeste vaimset tervist. Vahetu positiivne mõju seisneb selles, et KSKKga luuakse paremad ravi- ja rehabilitatsioonivõimalused seksuaalhäbelise käitumisega isikutele. Kaudne positiivne mõju seisneb ühiskonna paranenud vaimse tervise näitajates, mis saavutatakse tänu tõhusale valdkondlikule ennetustööle ning toimivale ravile vähenenud seksuaalkuritegude arvus ning vähenenud seksuaalhäbelises käitumises. KSKK loomine mõjutab ka tervishoiu- ja hoolekandesüsteemi toimimist ning teenuste eest tasumist. KSKK käivitamisega luuakse uus võimalus spetsiifilise tervishoiuteenuse tarbimiseks. Tagamaks teenuse võimalikult lai kasutatavus ning kättesaadavus, juurutatakse ka telefonipõhine nõustamisteenus. Arvestades sihtgrupi ohtu ühiskonnale laiemalt, on kavandatud kogu teenuse eest tasumine avaliku sektori eelarvest kõikidele KSKK patsientidele. Seega on kokkuvõtvalt KSKK loomise mõju hoolekande- ja tervishoiuteenuse korraldusele ja inimese tervisele positiivne. Negatiivse mõjuna avaliku sektori vaatenurgast lisandub täiendav rahaline kohustus katta kõikide KSKK patsientide ravikulud riigieelarvest. KSKK loomise hinnanguline eelarveline mõju uuringu läbiviijate poolt pakutud stsenaariumi alusel on 162 824 eurot aastas (esimesel tegevusaastal 224 824 eurot koos keskuse käivitamiseks vajalike investeeringutega). Arvestades, et KSKK töö tulemusel ennetatakse kriminaliseeritud seksuaalhäbelist käitumist ning tänu sellele ei teki täiendavaid, oluliselt suuremaid kulutusi vanglasüsteemis (vt ka lk 81-82), on mõju riigieelarvele tervikuna positiivne.

¹²⁷ http://valitsus.ee/UserFiles/valitsus/et/riigikantselei/strateegia/strateegiate-mojude-hindamine/MHM_03-12-12.pdf

KSKK loomise mõjud toimetulekule, tööturule ja võrdsetele võimalustele on kaudselt positiivsed, Pärast eduka ravi ja rehabilitatsiooniprogrammi läbiviimist on KSKK patsientide seksuaalhälbeline käitumine saadud piisava kontrolli alla, mis võimaldab neil võrdsetel alustel teiste isikutega ühiskonnaelus osaleda. Selle tulemusena paranevad ka nende võimalused otsida ja leida tööd ning riigil väheneb vajadus toetada isikut erinevate sotsiaalhoolekande ja sotsiaalse turvalisuse vahenditega. See omakorda viib vähenenud tööpuuduseni, kasvava tööhõiveni ning aitab kaasa maksutulude ja SKT kasvule. KSKK loomine mõjutab seega kaudselt ka kodanike kaasatust ühiskonnaellu.

KSKK loomise mõju riigiasutuste ja kohalike omavalitsuste korraldusele on kaudne ja ebaoluline, küll aga mõjutab KSKK loomine nimetatud asutuste kulusid ja tulusid. KSKK patsientide raviteenuse eest tasumine toimub avaliku sektori eelarvest. Pärast ravi ja rehabilitatsiooniprogrammi läbimist on KSKK patsientidel paremad võimalused ühiskonnaelus osaleda ning nii riigil kui kohalikel omavalitsustel väheneb vajadus teha neile suunatud erinevaid sotsiaalhoolekandelisi ja sotsiaalse turvalisuse tagamisele suunatud kulutusi.

KSKK loomise mõju riigi julgeolekule ja välissuhetele on positiivne. KSKK loomine mõjutab otseselt riigi sisejulgeolekut ja võitlust kuritegevusega. KSKK käivitamisega luuakse täiendavad võimalused seksuaalkuritegude ennetamiseks ning tulemusliku ravi ja rehabilitatsiooniga suurendatakse seksuaalkurjategijate ja seksuaalhälbeliste käitumisega isikute remissiooni.

KSKK loomise mõju majandusele on kaudne, kuid positiivne, mõjutades majanduslikku olukorda ennekõike ja peaaesjalikult läbi sotsiaalmajandusliku terviku. Vahetult ettevõtlusele või mõnele majandussektorile KSKK loomine mõju ei avalda. Pärast ravi ja rehabilitatsiooniprogrammi läbimist on paranenud KSKK patsientide töövõimekus ja tööhõiveks sobivus, mis pikas perspektiivis toob kaasa väiksemad kulud avalikule sektorile. Lisaks mõjutavad paranenud tervisenäitajad ja vähenenud kuritegevus positiivselt ka üldist majanduskeskkonda.

Tõhus seksuaalkuritegude ennetamine ja seksuaalkurjategijate menetlemine omab positiivset mõju riigi majandusele üldisemalt, vähendades eelkõige avaliku sektori

pikaajalisi kulusid (ennekõike siseturvalisuse, õiguskaitse, tervishoiu ja sotsiaalsüsteemis) ning tõhustades ressursside kasutamise efektiivsust.

Maaailma praktika näitab, et seksuaalhäbelise käitumisega isikute (sh seksuaalkurjategijate) ravi ja rehabilitatsiooni ühiskondlikku tasuvust on üpris keeruline hinnata. Lisaks eetilisele ja sotsiaalsele aspektile¹²⁸ on väga raske määratleda ka niinimetatud „tasuvuspunkti“, kus ravile ja rehabilitatsioonile juba tehtud kulutused osutuvad väiksemaks uute kuritegude avastamise, menetlemise, kurjategijate karistamise, ohvriabi ja muudest seonduvatest kulutustest (nii otsesed kui kaudsed kulud)¹²⁹. Lisaks metodoloogilisele keerukusele erineb „tasuvuspunkti“ määramine riigiti, kuna see on seotud pidevalt muutuvate ja arenevate ravi- ja rehabilitatsiooniprogrammidega jne.

Prentky ja Burgess¹³⁰ hindasid USA 1980ndate olukorra¹³¹ põhjal, et ühe seksuaalkuriteo „maksumus“ (sh nii kurjategijaga kui ohvriga seotud kulud) oli 183 333 USA dollarit ning kui iga saja seksuaalkurjategija kohta pandaks toime kaheksa [seksuaal]kuritegu vähem, oleks mõõdetav rahaline kokkuhoid 1 466 664 dollarit¹³².

Uuringud Kanada olukorra kohta näitavad¹³³, et kui 100 seksuaalkurjategijat läbib ravi- ja rehabilitatsiooniprogrammi, säästetakse sellega 1 000 000 Kanada dollarit.

Enamik tasuvuse analüüsides keskendub seksuaalkuritegude puhul vanglasüsteemis pakutavate ravi- ja rehabilitatsiooniteenuste tasuvusele (so retsidiivsuse

¹²⁸ <http://www.aic.gov.au/documents/8/8/F/%7B88FF4EEB-6805-4166-A5CD-B6C3033C0F55%7Dt134.pdf>

¹²⁹ Lisaks kuludele on võimalik arvestada ka otseseid ning kaudseid tulusid, sh näiteks maksutulu, SKT kasv, jne.

¹³⁰ Prentky, R., & Burgess, A. (1990). Rehabilitation of child molesters: A cost-benefit analysis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 60(1), 108–117

¹³¹ Kuigi olukord on võrreldes 1980ndatega oluliselt muutunud (nii seksuaalkurjategijate ravi ja rehabilitatsiooni kontekstis kui ka eelarvestamise kontekstis), ei ole uuringu läbiviijatele teadaolevalt hiljem koostatud niivõrd põhjalikku ja laiaulatuslikku ülevaadet seksuaalkuritegude menetlemise maksumusest.

¹³² CSOM Training Curriculum: An Overview of Sex Offender Treatment for a Non-Clinical Audience, vt http://www.csom.org/train/treatment/long/02/docs/long-section_2-slides.ppt

¹³³ Marshall, W. L. (2006) Treatment Of Sexual Offenders And Its Effects. Annual report for 2006 and Resource material Series no. 72 (United Nations Asia and Far East Institute for the Prevention of Crime and the Treatment of Offenders (UNAFEI), 71-82, vt http://www.unafei.or.jp/english/pdf/RS_No72/No72_00All.pdf

vähenele) ¹³⁴, ¹³⁵. Vanglaväliste korrektsioonimeetmete puhul on reeglina analüüsitud võrdlust vangistusega kaasnevate kuludega¹³⁶.

KSKK loomise mõju loodus- ja elukeskkonnale ning regionaalarengule on kaudne ja ebaoluline.

Uuringu kokkuvõte ja KSKK loomisega seonduvad poliitilised soovitused

Käesolev uuring oli suunatud erinevatele seksuaalkurjategijatele ja seksuaalhäbelise käitumisega isikutele tõhusa, järjepideva ja tulemusliku ravi korraldamise analüüsile. Uuringu eesmärk oli pakkuda välja kliinilise seksuoloogia kompetentsikeskuse toimimise mudeli põhimõtted. Uuring koosnes Eesti kohtupraktika ja ravipraktika analüüsist, valdkonna ekspertide ning poliitikutega läbi viidud süvaintervjuudest ning teiste riikide praktikate võrdlusest. Samuti viidi läbi finantsanalüüs keskuse käivitamise ja toimimisega seotud kulude väljaselgitamiseks.

Eestis on seksuaalkurjategijate ravi ja rehabilitatsioon ning seksuaalhäbelise käitumisega isikute kompleksne käsitlemine suhteliselt varajases arengufaasis. Esimese olulise sammuna koostati aastatel 2010-2011 seksuaalkurjategijate menetlemise ravijuhis. Valminud ravijuhis oli sisendiks „Karistusseadustiku, kriminaalmenetluse seadustiku, psühhiaatrilise abi seaduse, karistusregistri seaduse, kriminaalhooldusseaduse ja tervishoiuteenuste korraldamise seaduse muutmise seaduse eelnõu“ koostamisele Justiitsministeeriumis. Eelnõu võeti Riigikogus vastu 30. mail 2012, seadus jõustus 1. juunil 2013 ning sellega seadustati kompleksravi kohaldamine karistuse asendusena.

¹³⁴ Erinevate uuringute kohaselt on selline retsidiivsuse määr 35-11%. Kuna raviprogrammid on erinevad (kestus, raviviisid), siis ühest ja väga täpset retsidiivsuse määra nimetada ei saa. Tehtud uuringute kohta vt nt

http://www.doc.state.mn.us/publications/documents/03-10SOTXStudy_Revised.pdf

<https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/243551.pdf>

http://www.correctiveservices.qld.gov.au/Publications/Corporate_Publications/Reviews_and_Reports/Final%20Report_%20Outcomes%20of%20QCS%20Sexual%20Off%20Treatment%20Program.pdf

http://www.bishop-accountability.org/reports/2004_02_27_JohnJay/LitReview/2_8_II_AssessmentOf.pdf

http://njiway.org/corrections/pdf/REU/Criminal_Justice_Review.pdf

<http://www.sexual-offender-treatment.org/93.html> <http://www.stephenbrakeassociates.com/RR12.pdf>

¹³⁵ http://www.community.nsw.gov.au/docswr/assets/main/documents/adolescents_literature_review.pdf

¹³⁶ https://www.deloitteaccesseconomics.com.au/uploads/File/NIDAC_Deloitte%20Access%20Economics%20Report%281%29.pdf

Kõikides nimetatud faasides on toodud välja, et üheks Eesti probleemiks on seksuaalhäbelise käitumisega isikute ravi ja rehabilitatsiooni alase kompetentsi eestisene nappus ja killustatus, mis pärsib teenuse kättesaadavust patsientidele ega võimalda ravi otstarbekalt korraldada. Selle olukorra lahendamiseks ongi mõistlik käivitada KSKK.

KSKK loomine on kooskõlas üldiste kriminaalpoliitiliste arengusuundadega (Laulasmaa deklaratsioon ¹³⁷, Vägivalla vähendamise arengukava aastateks 2010-2014 ¹³⁸, Kriminaalpoliitika arengusuunad aastani 2018¹³⁹, Euroopa Nõukogu konventsioon laste seksuaalse ekspluateerimise ja väärkohtlemise kohta. Uuringus on antud ajalooline ülevaade seksuaalkurjategijate karistamise arengust Eestis, mis tänaseks on jõudnud olukorda, kus teatud juhtudel on seksuaalkurjategijatele võimalik rakendada kompleksravi karistuse asemel. Ravi meditsiinilist ülesehitust on kirjeldatud vastavas ravijuhises. Seega on tänaseks loodud üldine raamistik, mis loob soodsad eeldused KSKK käivitamiseks Eestis.

Erinevad uuringud¹⁴⁰ (sh käesolev) on jõudnud järeldusele, et psühhiaatrilise abi (sh seksuaalhäbelise käitumisega isikutele suunatud psühhiaatrilise abi) kättesaadavus Eestis on ebapiisav ja ebaühtlane ning kvalifitseeritud personali napib.

Isepöördujate ravi on Eestis hetkel tagatud läbi erinevate psühhiaatrite praksiste. Reeglina on ravi medikamentoosne ja individuaalteraapiline (gruupinõustamisi ei toimu) ning kestab 1 aasta kuni 3 aastat. Isepöördujate ravis on peamisteks probleemideks teenuse geograafiline ja sotsiaalmajanduslik ebapiisav kättesaadavus, ning teenuse kõrge maksumus, mis ei võimalda paljudel klientidel teenust (vajalikus mahu) tarbida.

¹³⁷ <http://www.just.ee/15087>

¹³⁸

http://valitsus.ee/UserFiles/valitsus/et/valitsus/arengukavad/justiitsministeerium/Vgivalla_vhendamise_arengukava_aastateks_2010_2014.pdf

¹³⁹

<http://www.just.ee/orb.aw/class=file/action=preview/id=50603/Kriminaalpoliitika+arengusuunad+aastani+2018.pdf>

¹⁴⁰

https://intra.tai.ee/images/prints/documents/133180653216_Vaimse%20tervise%20teenuste%20kaar%20distamine%20ja%20vajaduste%20analyyis.pdf,

<http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumentid/Tervisevaldkond/Tervishoid/psyhhaatria.pdf>

Karistuse asendusena on seksuaalkurjategijatele kohaldatud kompleksravi alates 1.juunist 2013. Selle aja jooksul on kompleksravile suunatud kaks inimest ning selle põhjal ei ole võimalik põhjanevat analüüsi läbi viia.

Vanglasine ravi on korraldatud Tartu vanglas, kus viibib 100-130 seksuaalkurjategijat. Sekkumisprogrammi pikkus on 3 kuud. Uuringu läbi viinud ekspertide hinnangul oleks mõistlik ja vajalik, et ravi (sh medikamentoosne ravi) jätkuks vanglas ka pärast sekkumisprogrammi lõppu, kuid hetkel ei ole see paraku võimalik. Ravi jätkamist pärast sekkumisprogrammi lõppu ei näe ette hetkel kehtiv seadusandlus. Samuti nõuaks ravi jätkamine oluliselt suuremaid ressursse (rahalised, inimressurss) kui hetkel on võimalik kasutada. Ravi jätkumine suurendab kasutatavate meetmete tõhusust ning vähendab seksuaalkurjategijate retsidiivsusrisiki.

Seega on mõistlik koondada olemasolev seksuaalhäbelise käitumise ravi alane kompetents „ühe katuse“ alla, ehk KSKK loomine on igati õigustatud. Lisaks on uuringu läbiviijad arvamusel, et KSKK loomine võib tõsta huvi antud valdkonna ning sellele spetsialiseerumise vastu, leevendades seeläbi ka psühhiaatrite puudust.

Rahvusvahelised uuringud näitavad, et seksuaalkurjategijate ravis on tulemusi andnud ennekõike kognitiiv-käitumuslikud programmid ja ravimitega ravi kombineerituna psühhiaatrilise sekkumisega. Käesolev uuring on jõudnud seisukohale, et KSKK loomine loob senisest oluliselt paremaid võimalused seksuaalhäbelise käitumisega isikute raviks ja rehabilitatsiooniks, laiendades teenuse kättesaadavust ka isikutele, kellele praegune seadusandlus kompleksravi korraldamist ette ei näe (hetkel kokku 63 kinnipeetavat, kellele on määratud karistusemäär, mis ei võimalda kompleksravi kohaldamist karistuse asemel). Olulisim täiendav sihtgrupp on isepöördujad, kelle puhul varajane sekkumine väldib seksuaalhäbelise käitumise eskaleerumist ja ennetab seeläbi seonduvaid väär- ja kuritegusid. Samuti teevad uuringu läbiviijad ettepaneku laiendada ravivõimalusi ka nendele seksuaalkurjategijatele, kellele ravi karistuse asemel ei kohaldata. Sellistele isikutele tuleks ravi võimaldada vanglas, paralleelselt vanglakaristusega.

KSKK loomine ja väljaarendamine on ka majanduslikult mõttekas. Otsesed alternatiivkulud raviks ja rehabilitatsiooniks on võrrelduna vanglakaristusega väljapakutud rahastusmudeli põhjal vähemalt 50-60% väiksemad. Siinjuures ei ole arvestatud kulusid kohtueelsele uurimisele ning samuti kulusid, mis kaasnevad ohvrite ja nende lähedaste ravi ning rehabilitatsiooniga¹⁴¹. Nagu ka juba uuringus eelpool on viidatud, olid 2013. aastal vangistuse ühe vanglapäeva kogukulud Eestis vangi kohta 1035,58 eurot kuus¹⁴², mis teeb aastaseks kuluks 12 437 eurot. Majanduslikult soodsaima KSKK variandi korral (keskus luuakse olemasoleva tervishoiu-teenuse pakkuja juurde) on esimese aasta tegevuskulu koos investeeringutega arvestuslikult 224 824 eurot ning sealt edasi iga-aastane tegevuskulu 162 780 eurot. Arvestusega, et aastas on keskusel ca 40 klienti ja neist ca 1/3 klientidest (ca 12 inimest) saaksid ravi karistuse asemel ning 2/3 moodustaksid isepöördujad, kelle puhul ca 18 puhul ennetataks kriminaliseeritud seksuaalhäbelist käitumist, oleks otsene kokkuhoitud kulu ((30 inimest x 12 437 eurot (vangistuse aastane kulu)-(162 780 eurot (tegevuskulud)) 210 330 eurot, ehk ca 56% otseselt vangistusteks kuluvatest kuludest.

Uuringu raames viidi läbi intervjuud erinevate valdkondade spetsialistidega (seksuoloogid, psühhiaatrid, meeste- ja naistearstid, politseitöötajad, hoolekandetöötajad, vangla- ja kriminaalhooldusametnikud, psühholoogid, Justiits- ja Sotsiaalministeeriumi ametnikud), aga ka poliitikute ning seksuaalhäbelise käitumisega isikutega. Intervjuud keskendusid järgmistele teemablokkidele:

- seksuaalhäbelise käitumisega isikute ravi ja rehabilitatsiooni korraldus Eestis, pakutavad teenused ja valdkonna peamised probleemid ning arendusvajadused;
- seksuaalhäbelise käitumisega isikute tüpologia, probleemid ja teenuste arenguvajadus erinevate tüüpide lõikes;
- vajadus KSKK-tüüpi institutsiooni järele, keskus pakutavate teenuste loetelu. Valdcondliku koostöövõrgustiku väljaarendamine;
- erinevad üksikküsimused intervjuueeritava erialast lähtuvalt ning nii üldised kui konkreetsed ettepanekud edasiseks tegevuseks.

¹⁴¹ Selliste kulude väljaarvutamine ei olnud käesoleva uuringu eesmärgiks.

¹⁴² Vaata <http://www.vangla.ee/41292>

Kokkuvõtteks selgus intervjuudest, et olukorra parandamiseks on vaja:

- süsteemne ja süstemaatiline töö seksuaalhäbelise käitumisega isikute ravi ja rehabilitatsioonis erinevate sihtgruppide lõikes, sh kompetentside koondamine ning uute meetodite ja raviviisidega pidev kursis olek;
- ravi ja rehabilitatsiooni erinevate etappide ja ning sihtgruppide (sh ennetus, isepõrdujad jne) riigieelarveline rahastamine;
- võrgustiku väljaarendamine selleks, et iga juhtum saaks asjakohase lahenduse;
- ennetustöö tõhustamine ja teadlikkuse suurendamine;
- erilist tähelepanu tuleb pöörata varajasele sekkumisele (st noortele seksuaalhäbelise käitumisega isikutele) ja Interneti turvalisusele;
- puudu on psüühiliste erivajadustega isikutele suunatud ennetustegevused ning ka nende lähedastele ja hooldajatele suunatud materjalid, et osataks erivajadustega inimesi aidata;
- vaja on luua ka süsteem, kus seksuaalhäbelise käitumisega isikud saaksid pärast esmaste häbeliste mõtete ja käitumiste ilmumist või teket oma probleemile hakata lahendust otsima;
- kõik intervjuueeritud eksperdid olid ühel meelel, et KSKK loomine Eestis on hädavajalik. Ekspertide arvates peaks KSKK pakkuma erinevaid võimalusi (ravi, rehabilitatsioon, erinevad teraapiad), koordineerima valdkondlikke ennetustegevusi, olema koolitus- ja arenduskeskus seonduvate valdkondade teemades ning pakkuma praktikavõimalusi;
- ekspertide hinnangul peab KSKK toimimine olema rahastatud riigieelarvelistest vahenditest ning mitte sihtgrupi (seksuaalhäbelise käitumisega isikud, ohvrid) omafinantseeringust. Senine praktika näitab, et märkimisväärne osa ambulatoorsele vatuvõtule pöördunud isikutest on ravi katkestanud rahaliste vahendite puudumise tõttu.

Uuringu läbi viinud ekspertide hinnangul on mõistlik KSKK käivitada mõne tervishoiuasutuse juures, kes juba teenust osutab ning kellel on olemas suutlikkus ja huvi seksuaalhäbelise käitumisega isikute menetlemiseks (vastavalt vajadusele ravi, rehabilitatsioon, nõustamine ja muud teenused). Finantsanalüüs viis järeldusele, et KSKK loomise hinnanguline eelarveline mõju uuringu läbiviijate poolt pakutud

stsenaariumi alusel on 162 824 eurot aastas (esimesel tegevusaastal 224 824 eurot koos keskuse käivitamiseks vajalike investeeringutega).

Teiste riikide (Soome, Suurbritannia, Holland ja Rootsi) võrdlusanalüüsist selgus, et kõige mõistlikum on juurutada Eestis Rootsiga sarnane lähenemine. Teiste riikide valdkondlik tegevuspraktika on liiga killustunud erinevate organisatsioonide vahel, mis Eesti kontekstis tooks kaasa ressursside ebamõistliku kasutuse ja ei võimaldaks Eestis aktuaalseid probleeme lahendada.

Rootsi mudel seisneb kompetentsikeskuse loomises, mis hõlmab kogu valdkondlikku temaatikat alates kompulsiiivsest seksuaalsest sõltuvusest ja teistest mittekriminaliseeritud seksuaalhäiretest kuni isikute ravini, kellel on oht panna toime seksuaalkuritegusid (sh isepöördujad) või kes on seksuaalkuritegusid juba toime pannud. Selline lähenemine võimaldab valdkondliku ennetus-, ravi- ja rehabilitatsioonitöö kontsentreeritud tõhustamist, sellega luuakse võimalus noortele valdkonnaga seonduvatele spetsialistidele praktikabaasiks, parandatakse võimalusi rahvusvaheliseks koostööks ning keskuse tegevuse tulemusena on võimalik ennetada ja ära hoida korduvkuritegusid, mis suurendavad ühiskonna turvalisust ning aitavad kokku hoida kulusid.

Uuringu järeldustele tuginedes pakuvad uuringu läbiviijad järgnevad **poliitilised soovitused**:

1. Alustada KSKK loomise ja väljaarendamisega vastavalt käesoleva uuringu järeldustele ning johtuvalt ülaltoodud finantsprognoosist, et tagada KSKK käivitamine ja toimimine riigieelarvelistest vahenditest.
2. Käivitada seksuaalhälbeline käitumisega isikutele suunatud info- ja nõuandetelefon, integreerides see mõne juba edukalt toimiva info- ja nõustamistelefoniga (nt üleriigiline perearsti nõuandetelefon 1220).
3. Luua õiguslikud alused kompleksravi (sh medikamentoosne ravi) osutamiseks isikutele, kellele on seksuaalkuriteo eest määratud pikem kui kahe-aastane vanglakaristus ning kes viibivad vanglas.
4. Tulenevalt uuringu käigus selgunud vajadusest kujundada seotud osapoolte vahel ühtne infoväli ning tarvidusest analüüsida ja kavandada edasisi samme, on

otstarbekas käivitada regulaarselt (ca 2 korda aastas) toimuv ümarlaud poliitikute, ametnike ja ekspertide vahel.

5. Viia vastavalt võimalustele läbi täiendavaid uuringuid ja analüüse (näiteks seksuaalkuritegevuse retsidiivsus ja selle seosed ravivõimaluste kasutamisega, seksuaalhäbelise käitumisega isikute ravi kättesaadavus, jne).
6. Analüüsida KSKK tegevusvaldkondade laiendamist, näiteks erivajadusega inimeste ja nende lähedaste seksuaalnõustamise küsimustes, seksuaalhäbelise käitumisega isikutele integreeritud resotsialiseerimise programmide väljatöötamine, jne.
7. Erilist tähelepanu tuleb pöörata varasele sekkumisele (st noortele seksuaalhäbelise käitumisega isikutele) ja Interneti turvalisuse küsimustele.

Kasutatud allikate loetelu.

1. Schwartz B. K. (toimetaja) (2011). Handbook of Sex Offender Treatment. Civic Research Institute
2. McGrath, R. J., Cumming, G. F., Burchard, B. L., Zeoli, S., Ellerby, L. (2010). Current practices and emerging trends in sexual abuser management: The Safer Society 2009 North American Survey . Brandon, VT: Safer Society Press;
3. Boer D.P., Eher. R, Craig L.A., Miner M.H., Pfafflin F (2011) International Perspectives on the Assessment and Treatment of Sexual Offenders: Theory, Practice and Research.
4. Hanson, R. K., Gordon, A., Harris, A. J. R., Marques, J. K., Murphy, W, Quinsey, V. L., Seto. M. (2002). First report of the Collaborative Outcome Data Project on the effectiveness of treatment for sex offenders. Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment 14, 169-194.
5. Marshall, W.L., Marshall L.E. (2010). Can treatment be effective with sexual offenders or does it do harm? A response to Hanson (2010) and Rice (2010). Sexual Offender Treatment 5, 2.
6. Osborn, L. (2007). Sex Offender Treatment Programs in Correctional Settings: Participant Selection, Treatment Experience, and Treatment Completion. New York, NY, USA: LFB Scholarly Publishing LLC.
7. Rosner, R (2000) "Principles and Practice of Forensic Psychiatry, 2 edition" A Hodder Arnold Publication
8. Boer, D.P., Eher, R, Craig, L.A., Miner, M.H., Pfafflin F (2011) International Perspectives on the Assessment and Treatment of Sexual Offenders: Theory, Practice and Research.
9. Beech, A.R., Craig, L.A., Browne, K.D. (2009). Assessment and Treatment of Sex Offenders: A Handbook, John Wiley & Sons, 2009
10. Hanson, R.K., Bourgon, G., Helmus, L., & Hodgson, S. (2009). The principles of effective correctional treatment also apply to sexual offenders: A Meta-analysis. Criminal Justice and Behavior, 36, 865-891.
11. Infoleht „Pharmacological Interventions with Adult Male Sexual Offenders (<http://www.atsa.com/pdfs/PharmacologicalInterventionsAdultMaleSexualOffenders.pdf>; 30.12.2013)

12. Ravijuhis seksuaalkurjategijate menetlemiseks
(http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/Tervishoid/Seksuaalkurjategijate_ravijuhis_2011.pdf; 30.12.2013)
13. Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020
(http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/APO/Arengukavad/Rahvastiku_tervise_arengukava_2009-2020.pdf; 30.12.2013)
14. Eesti haiglavõrgu arengukava
(http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/Tervishoid/HVA2002_1_.pdf; 30.12.2013)
15. Vaimse tervise teenuste kaardistamine ja vajaduste analüüs
(https://intra.tai.ee/images/prints/documents/133180653216_Vaimse%20tervise%20teenuste%20kaardistamine%20ja%20vajaduste%20analyyys.pdf; 30.12.2013)
16. Laste ja perede arengukava 2012-2020
(https://www.osale.ee/konsultatsioonid/files/consult/202_Laste%20ja%20perede%20arengukava%202012-2020%20ja%20rakendusplaan%202012-2015_p%F5hidokument.pdf; 30.12.2013)
17. Vägivalla vähendamise arengukava aastateks 2010-2014
(http://valitsus.ee/UserFiles/valitsus/et/valitsus/arengukavad/justiitsministeerium/Vgivalla_vhendamise_arengukava_aastateks_2010_2014.pdf; 30.12.2013)
18. Riigi kuritegevusvastased prioriteedid
(<http://www.just.ee/orb.aw/class=file/action=preview/id=58269/laulasmaa+prioriteedid+2013.pdf>; 30.12.2013)
19. Kriminaalpoliitika arengusuunad aastani 2018
(<http://www.just.ee/orb.aw/class=file/action=preview/id=50603/Kriminaalpoliitika+arengusuunad+aastani+2018.pdf>; 30.12.2013)
20. Psühhiaatria arengukava
(<http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/Tervishoid/psyhhaatria.pdf>; 30.12.2013)
21. Justiitsministeerium, kriminaalpoliitika osakond, Kuritegevus Eestis 2009
(<http://www.just.ee/orb.aw/class=file/action=preview/id=50827/Kuritegevus+Eestis+2009.pdf>; 30.12.2013)

22. Justiitsministeerium, kriminaalpoliitika osakond, Kuritegevus Eestis 2010
(http://www.just.ee/orb.aw/class=file/action=preview/id=54601/KuritegevusEestis2010_web.pdf; 30.12.2013)
23. Justiitsministeerium, kriminaalpoliitika osakond, Kuritegevus Eestis 2011
(http://www.just.ee/orb.aw/class=file/action=preview/id=57202/KuritegevusEestis_2011.pdf; 30.12.2013)
24. Justiitsministeerium, kriminaalpoliitika osakond, Kuritegevus Eestis 2012
(http://www.just.ee/orb.aw/class=file/action=preview/id=58971/KuritegevusEestis_2012.pdf; 30.12.2013)
25. The impact of prison-based treatment on sex offender recidivism: evidence from Minnesota (2010) (http://www.doc.state.mn.us/publications/documents/03-10SOTXStudy_Revised.pdf; 30.12.2013)
26. Calkins Mercado, C., Jeglic, E., et al Keith (2013) Sex Offender Management, Treatment, and Civil Commitment: An Evidence Based Analysis Aimed at Reducing Sexual Violence
(<https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/243551.pdf>; 30.12.2013)
27. Outcomes of Queensland Corrective Services Sexual Offender Treatment Programs
(http://www.correctiveservices.qld.gov.au/Publications/Corporate_Publications/Reviews_and_Reports/Final%20Report_%20Outcomes%20of%20QCS%20Sexual%20Off%20Treatment%20Program.pdf; 30.12.2013)
28. Assessment of sex offender treatment (http://www.bishop-accountability.org/reports/2004_02_27_JohnJay/LitReview/2_8_JJ_AssessmentOf.pdf; 30.12.2013)
29. Zgoba, K. M., Simon, L. M. J. (2005) Recidivism Rates of Sexual Offenders up to 7 Years Later. Does Treatment Matter? *Criminal Justice Review* 30 (2) pp 150-173
(http://njiway.org/corrections/pdf/REU/Criminal_Justice_Review.pdf; 30.12.2013)
30. R. J. Sternberg & S. B. Kaufman (Eds., 2011), *Cambridge Handbook of Intelligence* New York: Cambridge University Press.; D. P. Flanagan, & P. L. Harrison (2005), *Contemporary Intellectual Assessment: Theories, Tests, and Issues*. Guilford Press

31. Corabian, P., Dennett, L., Harstall, C., (2011) Treatment for convicted adult male sex offenders: an overview of systematic reviews. *Sexual Offender Treatment*, Volume 6 (1) (<http://www.sexual-offender-treatment.org/93.html>; 30.12.2013)
32. Recidivism and Reoffense Rates of Adult Sex Offenders (<http://www.stephenbrakeassociates.com/RR12.pdf>; 30.12.2013)
33. Cross Government Action Plan on Sexual Violence and Abuse (<http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+http://www.homeoffice.gov.uk/documents/Sexual-violence-action-plan2835.pdf?view=Binary>; 30.12.2013)
34. Suurbritannia Justiitsministeeriumi infoleht "What Works in Sex Offender Treatment" (<http://www.justice.gov.uk/downloads/information-access-rights/foi-disclosure-log/prison-probation/foi-75519-annex-a.pdf>; 30.12.2013)
35. Reducing Reoffending: National Strategy for the Management of Offenders (<http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/121591/0029340.pdf>; 30.12.2013)
36. Seksueel grensoverschrijdend gedrag. Landelijk zorgprogramma voor plegers van seksuele delicten in de forensische psychiatrie (http://www.efp.nl/sites/default/files/webmasters/zp_sgg_laatste_versie_2013-01-03.pdf; 30.12.2013)
37. Oikeusministeriö, Työryhmämietintö 2009:1(2009) Seksuaalirikollisten hoito (http://oikeusministerio.fi/fi/index/julkaisut/julkaisuarkisto/200901seksuaalirikollistenhoito/Files/OMTR_2009_1_86_s.pdf; 30.12.2013)
38. *J Clin Psychiatry*. 1998;59 Suppl 20:22-33;quiz 34-57. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC.
39. Karistusseadustik (<https://www.riigiteataja.ee/akt/184411?leiaKehtiv>; 30.12.2013)
40. Psühhiaatrilise abi seadus (<https://www.riigiteataja.ee/akt/PsAS>; 30.12.2013)
41. Sotsiaalministri määrus „Psühhiaatrilise sundravi osutajale esitatavad nõuded, psühhiaatrilise sundravi nõuded ja tervishoiuteenuse osutaja töökorraldus kohtu poolt määratud psühhiaatrilise sundravi kohaldamisel (<https://www.riigiteataja.ee/akt/129082011008>; 30.12.2013)

42. Ravikindlustuse seadus
(<https://www.riigiteataja.ee/akt/110062011008?leiaKehtiv>; 30.12.2013)
43. <http://www.wfsbp.org/>
44. <http://www.iatso.org>
45. <http://ki.se/>
46. <http://www.nota.co.uk/>
47. <http://www.rutgerswpf.org/>
48. <http://www.centrumseksueelgeweld.nl/>
49. <http://www.polikindermishandeling.nl/english>
50. <http://www.efp.nl/en/about-efp>
51. <http://www.karolinska.se/Verksamheternas/Klinikerenheter/Endokrinkliniken/Centrum-Andrologi--Sexualmedicin/>
52. www.preventell.se
53. <http://www.stopitnow.org.uk/>

LISA 1 Kasutatud kohtulahendite loetelu

| | | | |
|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 10230119173 | 12230110301 | 11230115882 | 1-12-4787 |
| 11230115037 | 11230114259 | 1-10-14913 | 1-10-7820 |
| 11230108404 | 12230102722 | 12230102032 | 11230116412 |
| 11230103726 | 12230104349 | 11230115731 | 10230108312 |
| 11250101285 | 12250100272 | 1-12-460 | 08230118418 |
| 12230112871 | 11230118395 | 1-11-12553 | 1-09-6846 |
| 10230111359 | 12230109796 | 1-1012603 | 10230113315 |
| 12230110301 | 11230106765 | 1-10-10345 | 10230116886 |
| 10230117200 | 10230119210 | 10230119192 | 10230119185 |
| 11230115039 | 11230115038 | 11230101285 | 11230108404 |

LISA 2 Küsimustik

1. Projekti tutvustamine intervjuueeritavale – kuigi eelneva suhtluse käigus on ülevaade projektist ja sellega seonduvast antud, korratakse see sissejuhatusena veel kord üle:
 - a. Projekti eesmärgid
 - b. Oodatavad tulemused
 - c. Ajakava
 - d. Rahastaja
2. Intervjuude põhimõtete tutvustamine – kuigi ka seda on eelneva suhtluse käigus käsitletud:
 - a. Selgitatakse, keda intervjuueeritakse (ametikohtade ja institutsioonide põhiselt)
 - b. Näidatakse, et intervjuueeritavate ringiga on hõlmatud kogu valdkond tervikuna
 - c. Selgitatakse intervjuu tulemuste kasutamist
 - d. Selgitatakse intervjuu läbiviimise protsessi

Intervjuu ülesehitus

1. Intervjuu läbiviija (IL) annab ülevaate seksuaalkurjategijate ning seksuaalhäbelise käitumisega isikute ravi ja rehabilitatsiooni korraldusest Eestis. IL tutvustab erinevate institutsioonide rolli selle valdkonnas ning nende omavahelist seotust. Järgneb IL ja intervjuueeritava (I) vaheline diskussioon, kus selgitatakse välja (iga väide peab olema põhjendatud!) (NB! sõnastada I poolt seksuaalhäbelise käitumisega isik):
 - a. I Hinnang seksuaalkurjategijate ning teiste käitumisega isikute ravi ja rehabilitatsiooni korraldusele Eestis, sh arengule viimase kümnendi jooksul. Millised on valdkonna peamised probleemid I arvates ja miks
 - b. Millised on olemasoleva korralduse tugevused ja nõrkused
 - c. Mis suunas tuleks seksuaalkurjategijate ning seksuaalhäbelise käitumisega isikute ravi korraldust edasi arendada ja miks? Mis põhjustel ei ole neid vajalikke algatusi ellu viidud
 - d. Milline on finantsmehhanism hetkel

- e. Milline on olukord seksuaalhäbeliste käitumisega isikutega Teie arvates Eestis (kas teenused on kätte saadavad jne)

Esimese bloki tulemusena on I andnud omapoolse arusaama ja hinnangu olukorrale Eestis, lähtudes oma ametikoha ja rolli spetsiifikast.

2. Järgnevalt liigub IL „üldiselt üksikule“ ning käsitleb konkreetse I spetsiifikat
- a. Psühhiaater-seksuoloogid: millised on peamised seksuaalhäbelise käitumise kategooriad, millega tuleb praktikas igapäevaselt kokku puutuda. Klientide tüpaaž (vanus, sugu, probleemi iseloom ja raskusaste). Klientidele pakutavad teenused, st ravi ja rehabilitatsiooni korraldus. Kasutatavad meetmed. Nõudlus teenuse järele: kõikide probleemsete kliendigruppide pääs või mittepääs teenuse juurde. Parendusvaldkonnad.
 - b. Androloogid – Milliseid probleeme antud valdkonnas näete. Hinnangud ravile, selle pikkusele jms.
 - c. Naistearstid - Milliseid probleeme antud valdkonnas näete.
 - d. Psühhoterapeudid - Milliseid probleeme antud valdkonnas näete.
 - e. Vanglatöötajad: sihtgrupile kinnipidamisasutustes võimaldatavad meetmed
 - f. Kriminaalhooldajad
 - g. Õigussüsteemi esindajad
 - h. Ametnikud: millised on kavandatavad arengud nii sotsiaal-, justiits- kui karistuspoliitika valdkondades.
 - i. Poliitikud: intervjueeritakse nelja Riigikogus esindatud erakonna liikmeid. Selgitatakse välja erakonna poliitika antud küsimuses ning suhestatakse see üldisesse sotsiaal- ning tervishoiupoliitilisse konteksti. Eraldi ja erilise põhjalikkusega käsitletakse rahastamisega seonduvat temaatikat.
 - j. Politsei, lastekaitse, sotsiaaltöötajad:
 - a) Tooge oma valdkonnas näiteid probleeme nimetatud valdkonnas
 - b) Palun kirjeldage oma poolt, millist teenust antud sihtgrupp vajab.
 - c) Millised on ja võiksid olla erinevad ennetustegevused antud valdkonnas.
 - d) Kui suureks vajaduseks hindate eraldi keskus(t)e loomist. Millised võiksid olla alternatiivsed võimalused.
 - e) Milliseid erinevaid teenuseid peaks keskuses pakutama? (Tervishoiuteenused, sotsiaalteenused jne).
 - f) Milline peaks olema finantseerimise skeem.

- g) Palun kirjeldage, millised asutused peaksid olema antud valdkonnas poliitikakujundajateks ja milline on nende roll.
 - h) Kas oskate nimetada asutusi/erialasid, kes kuuluksid antud valdkonnas võrgustiku liikmeteks.
 - i) Nimetage mõned seksuaalkäitumised (st millised on olulisemad valdkonna sees, millele tuleks ekstra tähelepanu pöörata).
 - j) Milline võiks olla seksuaalkurjategijate ning seksuaalhäbelise käitumisega isikute ravi optimaalne pikkus.
3. Karistuste blokk:
- a. Hinnang karistuspoliitikale.
 - b. Kas peaks arvestama isepöördujatel karistuse määramisel asjaolu, et isik on ise pöördunud teenusele.
 - c. Ettepanekud antud valdkonnas.
 - d. Registrid ning nende vajalikkus.
4. Ohvrite blokk:
- a. Hinnang olukorrale.
 - b. Kas teenused on kättesaadavad.
 - c. Millised on ja võiksid olla erinevad ennetustegevused antud valdkonnas?
5. Ettepanekute ja muude arvamuste esitamine:
- a. I esitab oma täiendavad ettepanekud ja arvamused.