

Nykytila: Transsukupuolisen henkilön lääketieteellisen hoidon järjestäminen sekä lääketieteellinen hoito perustuu STM:n asetukseen: Sosiaali- ja terveysministeriön asetus sukupuolen muuttamiseen tähtäävän tutkimuksen ja hoidon järjestämisestä sekä lääketieteellisestä selvityksestä transseksuaalin sukupuolen vahvistamista varten¹, myöhemmin transasetus.

Juridisen sukupuolen vahvistamiselle asetettiin transasetuksessa vaatimus kahden perustetun transtutkimusyksikön (HYKS, TAYS) psykiatrin antamista lääkärinlausunnoista. Muunsukupuolisten mahdollisuus muuttaa juridista sukupuoltaan ei ole mahdollista nykyisin.

WHO:n ICD-10 tautiluokituksen mukaan transsukupuolisuusdiagnoosin saamiseksi vaaditaan kahden vuoden identiteettikokemusta². Transtutkimus- ja hoitoprotokolla rakennettiin käytännössä sellaiseksi, että tutkimus tosielämäkokeineen kesti vähintään ko. kaksi vuotta (HE 56/2001 s 13), vaikka olisi mahdollista yksilöllisesti lyhentää tutkimusaikaa, ja vaikka STM piti lyhyempää aikaa mahdollisena. Tutkimusyksiköt ovat perustelleet tutkimuksen yhtenäistä ja pitkää kestoja sillä, että se on kaikille samanlainen, mutta lääketieteessä potilasta tulee tutkia ja hoitaa yksilöllisesti.

Suomessa kliinisen tutkimuksen apuna käytetty DSM 5 (Amerikan psykiatriyhdistyksen diagnostiikka) on lyhentänyt uudistetussa versiossa identiteetin vaadittua kestoajaa 6 kuukauteen, samoin ICD-11 oleva aikakriteeri on lyhentynyt aikamääreeseen ”usea kuukausi” (several month)³.

Ne transsukupuolisten hoitotoimenpiteet, jotka koskevat sukuelinkirurgiaa ja ovat ns. peruuttamattomia, tehdään nykyisin minimissään kahden vuoden tutkimus- ja hoitajakson jälkeen. Henkilötunnus halutaan muutettavaksi sitä ennen, koska lääkäreiden on helpompi hoitaa potilasta hänen omaan sukupuoleensa, kun sukupuoli on vahvistettu.

Maskulinisoiva rintaleikkaus ym. voidaan kuitenkin tehdä ennen sukupuolen vahvistamista yhden diagnoosin jälkeen lääkärin läheteellä, joskin tähän on kirurgien taholta nykyisin tehty viivytyksiä pienirintaisille transmiehille. Sukupuolen vahvistaminen itsemääräämisoikeuteen perustuen jo aiemmin ja se, että henkilö on voinut elää omassa sukupuoleessaan oman näköistä elämäänsä, helpottaisi *informed consent*- tilannetta hoitojen suhteen ja olisi myös lääkärin työtä helpottava.

Transasetuksen perusteella juridisen sukupuolen vahvistamiseen vaaditaan kahden transtutkimusyksikön lääkärin lausunnot, vaikka juridisen sukupuolen vahvistaminen ei ole kajoava hoitotoimenpide, vaan se on hallinnollinen ja peruttavissa. (Nopealla) juridisen sukupuolen vahvistamisella ja maskulinisoivalla rintakirurgialla on suuri transmiesten

¹ <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2002/20021053>

³ <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/katsausartikkeli/sukupuolen-moninaisuus-ndash-lahestymistapa-sukupuoleen-muuttumassa/?public=03e1e8ab6640d519c8a09cdc446fff55&fbclid=IwAR3ZG2UIVKbccUGZJSeRdyjjk6cMpbRrKGpYQnJG9qbT2SRn7jM7-I7NYxY>

psykkiseen terveyteen vaikuttava merkitys⁴. Laissa transseksuaalin sukupuolen vahvistamisesta, myöhemmin translaki, sanallinen muoto on ”lääketieteellinen selvitys”⁵.

Ennen kuin henkilö saa molemmilta tutkimusyksiköiltä diagnoosin, häneltä vaaditaan vuoden kestävä nk. tosielämän koe, jonka aikana hänen edellytetään elävän tavoittelemassaan sukupuoliroolissa. Tämä on vaikeaa, kun henkilötunnus, henkilötodistukseen merkitty sukupuoli ja nimi eivät vastaa henkilön toivomaa sukupuolta. Käytäntö altistaa syrjinnälle eikä anna yksityisyyden suojaa.

Muunsukupuolisuusdiagnoosi on ollut myös mahdollista antaa aikuispuolen transtutkimusyksikössä. Jos siihen ei liity juridista sukupuolen korjausta tai sukuelinkirurgiaa eli vain esim. mastektomia tai parran laserhoito, riittää yhden transtutkimusyksikön diagnoosi ja psykiatrin lähete hoitoihin.

Transsukupuolisuuden tutkimisessa ja henkilön toteamisessa transsukupuoliseksi ei ole olemassa mitään tutkimusmenetelmää eikä lääketieteellistä diagnostiikkaa ei myöskään muunsukupuolisten henkilöiden tutkimuksessa. Tutkimus on perustunut tutkittavan omaan kertomukseen sukupuolensa kokemisesta ja siihen, että lääkäri toteaa, ettei sukupuolen muutoshalu johdu jostakin muusta tilapäisestä psyykkisestä sairaudesta. Silti henkilö, joka sairastaa skitsofreniaa tai hänellä on neuroepätyypillisyyttä tai mielenterveydellisiä ongelmia, voi saada transsukupuolisuusdiagnoosin. Kuitenkaan nuorten tutkimusyksiköissä ei myönnetä muunsukupuolisuuden merkitystä, ei diagnosoida eikä hoideta sitä. Käytäntö toivottavasti tulee muuttumaan, kun ICD 11 luokitus otetaan käytäntöön.

WHO on hyväksynyt vuonna 2018 ICD 11- tautiluokituksen, joka tulee voimaan Suomessa muutaman vuoden kuluessa.⁶ Uusi luokitus, muuttaa käsitystä transidentiteeteistä kokonaisvaltaisesti ja lisää painetta purkaa kansallisista lainsäädännöistä sukupuolen juridisen korjaamisen ja lääketieteellisen sukupuolen korjaamisen prosessit toisistaan.

IDC-11 -luokituksessa transidentiteetit poistettiin psykiatristen häiriöiden luokituksesta. Tilalle luotiin sukupuoliristiriita (gender incongruence) seksuaaliterveyteen liittyvien luokitusten alle. Uudistus tarkoittaa, ettei transsukupuolisia eikä muunsukupuolisia pidetä mielenterveyshäiriöisinä eikä sukupuoli-identiteetin variaatioita sairauksina. Luokituksella turvataan sukupuoliristiriitaan (kehodysforiaan) tarvittavia fyysisten hoitojen saanti terveydenhuollossa.

WPATHin hoitosuosituksen 7. versio lähtee myös sukupuolidysforian hoidoista, ei vain transsukupuolisuuden hoidosta. Valmisteilla on 8. versio.

⁴ Veronica Pimenoffin väitöskirjan mukaan. (Geschlechtsumwandlung in Finnland 1970-2002 Eine historische und empirische Studie zu Geschlechtsumwandlungen unter den Regelungen des Kastrationsgesetzes bis zur Einführung des finnischen Transsexuellengesetzes, Ulm, 2008). <https://d-nb.info/997803118/34>

⁵ <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020563>

⁶ <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/who-julkaisi-icd-11-tautiluokituksen/>

Hoitosuositusten on tarkoitus olla joustavia, jotta niillä voidaan vastata transsukupuolisten, muunsukupuolisten ja kokemukseltaan tai ilmaisultaan sukupuolinormeista erottuvien ihmisten monenlaisiin terveydenhoidon tarpeisiin. Sukupuolidysforia tarkoittaa pahan olon tunnetta tai ahdistusta, joka johtuu sukupuoliristiriidasta eli erosta henkilön sukupuoli-identiteetin ja hänelle syntymässä määritellyn sukupuolen (sekä siihen liittyvän sukupuoliroolin ja/tai ensi- ja toissijaisten sukupuolitunnusmerkkien välillä)⁷. Nimityksiä sukupuolidysforia ja sukupuoliristiriita käytetään myös synonyymisesti.

Transasetuksen 3. pykälän mukaan henkilön transseksuaalisuuden tutkimusta, hoitoa ja seuranta varten Helsingin yliopistollisessa keskussairaalassa ja Tampereen yliopistollisessa sairaalassa on transseksuaalisuuden tutkimukseen ja hoitoon perehtynyt moniammatillinen työryhmä. Työryhmän kokoonpanon tulee olla sellainen, että se pystyy huolehtimaan asianmukaisesti transseksuaalisuuden diagnosoinnista, hoidosta ja seurannasta. Työryhmän toiminnasta vastaa psykiatrian erikoislääkäri. Työryhmän käytettävissä tulee olla endokrinologiaan perehtyneitä gynekologian ja sisätautien erikoislääkäreitä. Helsingin yliopistollisen keskussairaalan työryhmän käytettävissä tulee lisäksi olla sukuelinkirurgiaan perehtynyt plastiikkakirurgian erikoislääkäri.

Tutkimusvaiheessa, kun henkilöltä mahdollisesti kysytään, mitä hoitoja hän tarvitsee/haluaa, ei hänellä ole mahdollisuutta konsultaatiokäyntiin fyysisiä hoitoja toteuttavien lääkäreiden luona. Ei edes ennen päätöstä ovariohysterektomiasta ym. ennen suunniteltua sukuelinkirurgiaa. Jokaisen erikoisalan lääkäri lähtee omasta erikoisalansa positiosta ja yleensä siellä vallitsee asenne, joka huomioi vain kaksi sukupuolta niiden normatiivisine somaattisine piirteineen, eikä se mitenkään ota huomioon sukupuolidysforiaa tai muunsukupuolisuutta. Toisaalta transsukupuolisten ei nykyisinkään tarvitse haluta kaikkia sukupuolen korjaukseen liittyviä lääketieteellisiä hoitoja, joten hoitokäytäntö ei oikeastaan poikkea muunsukupuolisten hoidoista, paitsi siten, ettei hoitoja heille ole mahdollistettu.

Transasetuksen 4. pykälässä mainitaan pakollinen hoitosuunnitelma. Kun transseksuaalisuus on varmistunut, tulee 3 §:ssä tarkoitetun työryhmän yhdessä potilaan kanssa laatia hoidosta ja sen toteuttamisesta kirjallinen hoitosuunnitelma. Hoitosuunnitelmassa tulee selvittää keskeiset seikat, joihin pyritään vaikuttamaan, sekä keinot ja arvioitu aika, jonka kuluessa tavoitteet pyritään toteuttamaan.

Mikäli soteuudistus astuu voimaan, on perusterveydenhuollon yksiköillä oltava tieto sukupuolidysforian hoidosta julkisessa terveydenhuollossa ja tieto voidakseen ohjata potilaan asiantuntevaan yksikköön. Vielä nykyisikin läheteiden saanti voi olla vaikeaa.

Nuorten osalta seuranta tulisi olla jo varhaisemmalta iältä, koska puberteetti alkaa nykyisin aiemmin ja kun tutkimuksiin pääsee nuorisotranstutkimuspoliklinikalle vasta 13-

⁷ Fisk, 1974, Knudson, De Cuyper & Bockting, 2010b

vuotiaana sekä tutkimus kestää paljon kauemmin, etenkin jos vanhemmat ovat tutkimusta vastaan, ei nuorella ole ollut mahdollisuutta ns. blokkerihoitoon, jos hän sitä tarvitsee.⁸

Palkon kysymykset:

1. Keskeiset ongelmat ja epäkohdat

• Potilaiden ja omaisten kannalta keskeiset ongelmat ja epäkohdat, joihin Palveluvalikoimaneuvoston suosituksessa tulisi ottaa kantaa.

Transsukupuolisuuden ja muunsukupuolisten diagnosointi ja hoitolähetteen kirjoittaminen on keskittynyt pelkästään kahteen yksikköön Suomessa, joille ei ole annettu tarpeellisia resursseja samoin kuin ei hoitaviin yksikköihinkään.⁹ Tämä on johtanut ruuhkautumiseen, tutkimusten ja hoitojen hitauteen, kriiseihin hoitotilanteissa (muunsukupuolisten ja joidenkin muiden ryhmien hoitojen epävarmuus ja katkeaminen) ja tutkimuksiin pääsemisen vaikeuteen (kaukana asuvat transsukupuoliset). Muunsukupuoliset ovat miehiä ja naisia merkittävästi heikommassa asemassa korjaushoitojen suhteen). Osa muunsukupuolisista ei kärsi kehoristiriidasta, eivätkä he silloin hakeudu transtutkimusyksiköihin.

Ei ole syytä (DSM5, ICD 11) miksi muunsukupuolisten hoidot nähdään vähemmän tarpeellisina tai laadullisesti erilaisina kuin transmiesten ja -naisten. Resurssipulan tulisi pikemminkin helpottaa tutkimus- ja hoitoprosessia *informed consent*-perusteisemmaksi hoitojen rajoittamisen sijasta.

Transtutkimusyksiköiden henkilökunnan vaihtuvuus ja tietotaidon epätasaisuus. Joissakin tutkimusyksiköissä henkilökunnan vaihtuvuus on suurta ja lääkäreinä toimivat myös erikoistuvat lääkärit. Vastaanottoaikojen välit pitenevät resurssipulan takia, joka heikentää mahdollisuuksia asialliseen ja nopeampaan tutkimukseen, laadukkaaseen hoitoon ja luottamuksen syntyyn. Luottamuspulaa on jonkin verran potilaiden ja tutkimusyksiköiden välillä, joka yleensä halutaan selittää potilaiden syyksi.

Resursseja käytetään tarpeettoman pitkään tutkimusjaksoon, joka aiheuttaa tutkittavalle ahdistusta¹⁰, mutta asiantuntevaa psyykkistä tukea vähemmistöstressin kanssa selviämiseen on tarjolla heikosti sukupuoliristiriitaa kokevien ihmisten erityistarpeita tuntevissa paikoissa. Hoidot voidaan keskeyttää transtutkimusyksikön tai somaattisen yksikön päätöksestä milloin tahansa, mikä estää ihmisiä kokemasta niitä turvallisiksi. Ei-erityisasiantuntevissa hoitopaikoissa taas usein toistetaan niitä syrjiviä asenteita, jotka alun perin aiheuttavat psyykkistä pahoinvointia. Transtutkimusyksikön rooli tulisi muuttua portinvartijaroolista aidosti sukupuoliristiriitaa kokevan henkilön tueksi hoitoprosessin aikana, mikäli hän sellaista tarvitsee.

⁸ <http://lapsiasia.fi/aineistot/pyorean-poydan-keskustelut/lapsen-itsemaaraamisoikeus-sukupuoleen/>

⁹ <https://www.oikeusasiamies.fi/fi/ratkaisut/-/eoar/2842/2017>

¹⁰ <https://www.oikeusasiamies.fi/fi/ratkaisut/-/eoar/2842/2017>

Lääkärit jättävät usein hoitamatta sukupuoliristiriitaa kokevat ylipainoiset henkilöt. Vaikka vuosien kuluessa tilanteessa on ollut vaihtelevuutta, käytännössä kaikki fyysisiä hoitoja antavat lääkärit vaativat lihavia – BMI yli 30 – riippumatta ruumiinrakenteesta, laihduttamaan. Näissä tilanteissa lääkärit eivät ole kiinnostuneet potilaan terveydestä tai fyysisestä kunnosta eikä lihavuuden takana mahdollisesti olevasta syömishäiriöstä. Esim. vaativaa urheilua 5 krt/vko harrastava tukeva potilas on jätetty hoitamatta kahden kilon liiallisen painon takia. Usein kyse on siitä, että henkilöllä on sukupuoliristiriitaan liittyvä ahmimistaipumus tai –häiriö, joka yhdistettynä sukupuolenkorjaukseen liittyvään stressiin käytännössä tekee laihtumisen hyvin vaikeaksi, jopa mahdottomaksi. Lääkäri saattaa näissäkin tapauksissa kirjoittaa papereihin, että lääkäri ja potilas olisivat yhdessä päättäneet, että potilaan pitää laihtua, vaikka todellisuudessa potilas ei ole ollut asiasta samaa mieltä. Kun laihtumista ei tapahdu, lääkärit määrittelevät nämä potilaat prosessin keskeyttäneeksi.

Henkilökemian kohtaamattomuuden ja epäluottamuksen takia nykykäytännön ongelma on myös psykososiaalisen tuen ja kuntoutuksen puute, kun tutkimusjakso keskeytetään vastoin potilaan toivetta. Potilas jää tällöin käytännössä tyhjän päälle usein pahenevien psyykkisten oireiden kanssa.

Mikäli tutkimusryhmä päättää asettaa tutkimuksille tauon, perusteluiden pitäisi olla läpinäkyviä ja tarjota potilaalle selkeä mahdollisuus esittää mahdolliset vasta-argumenttinsa. Jos tutkimukset keskeytetään vastoin potilaan tahtoa, tulisi asettaa päivämäärä, johon mennessä potilaan tilanne arvioidaan uudelleen ja potilaalla pitäisi olla tiedossa, millä edellytyksillä tutkimuksia voidaan jatkaa.

Keskeytetyt tutkimukset koetaan tällä hetkellä heitteillejättönä ja potilailla on kokemus, että heidän elämälleen keskeisiä päätöksiä tehdään ilman, että heillä on mitään mahdollisuutta vaikuttaa asiaan. Potilaat ovat raportoineet jopa traumaperäisestä stressihäiriöstä mielivaltaisena koettujen keskeyttämisspäätösten yhteydessä. Tutkimusten keskeyttäminen tutkimusryhmän aloitteesta ei ole potilaille neutraali aikalisä, vaan Trasekin monikymmenvuotisen kenttätiedon perusteella merkittävä riski potilaiden hyvinvoinnille ja työkykyisyydelle.

Harva tutkittava kokee, että hoitosuunnitelma olisi tehty yhdessä hänen kanssaan, puhumattakaan siitä, että hän voisi olla varma, että saa haluamansa hoidot niiden eri erikoisaloille pirstaloitumisen ja uusien hoitokriteerien (odotusajat pienirintaisille nuorille ym) takia, joissa ei huomioida kehodysforian voimakkuutta. Rintakehän jatkuva bindaaminen voi aiheuttaa virheasentoja ja kudosten muutoksia.

Epätasa-arvo suhteessa transsukupuolisiin. Hoitavat tahot voivat kieltäytyä suorittamasta tarvittavia hoitoja muunsukupuolisille (esim. mastektomiaa, vaikka siihen olisi transtyöryhmän psykiatrin lähete). Lääkäri vetoaa nykyiseen translakiin. ja -asetukseen. Monet hoitotahoista luulevat herkästi, että hoidot vaikeuttavat ihmisen elämää eli taustalla on ajatus, että muunsukupuoliset jäisivät jonnekin "välitilaan". Periaatteessa sinne voi jäädä myös transsukupuoliset, kuten aiemmin on mainittu, ettei ole pakko ottaa kaikkia lääketieteellisiä hoitoja. Ollaan huolissaan, miten elämä sujuu jatkossa, mutta taustalla lienee ajatus vain kahden sukupuolen olemassaolosta ja siitä, että anatomisten osien tulee vastata niiden stereotyyppistä normistoa. Sukupuoliristiriidasta aiheutuva kärsimys jää silloin kokonaan huomioimatta ja hoitamatta.

Hoidot tulevat myös kalliimmaksi muunsukupuolisille ja ylipainoisille. He joutuvat eriarvoiseen asemaan joutuessaan turvautumaan enemmän yksityisen puolen sektorille, josta voi saada hoitoja, vaikka mielellään käyttäisi julkista sektoria. Esimerkiksi asiantuntevan gynekologien palvelua ei saa perusterveydenhuollosta ja sitä on vaikea löytää yksityissektorilta. Seuranta ei enää saa yliopistosairaalan gynekologilta, koska kaikkien hoito siirretään pois yliopistosairaalasta.¹¹

Muunsukupuolisilla ei ole mahdollisuutta saada hormonihoitoihin erityiskorvausoikeutta. Myös peruskorvauksen saaminen sekä transsukupuolisille, joiden hetu ei vielä ole voinut vaihtua sekä muunsukupuolisille, on paikkakuntakohtaisesti apteekista kiinni, koska hormonilääkkeiden off label-käyttö ei ole vieläkään tuttua kaikille apteekkeille ja Kelasta saadut ohjeet ovat olleet virheellisiä johtuen hormonilääkkeiden indikaatioiden suppeudesta. Kela vaatii erityiskorvausoikeuden saamiseksi translain (Laki transseksuaalin sukupuolen vahvistamisesta, huom. lain tarkoitus on sukupuolen vahvistaminen) mukaiset lääkärintodistukset sukupuolen vahvistamiseksi sekä lisääntymiskyvyttömyyttä (EIT 2017) eikä aitoa lääketieteellistä perustetta (sairausvakuutuslaki 5. luku 7a pykälä) eli diagnoosia erityiskorvausoikeuden perusteeksi transsukupuolisille (ja muunsukupuolisille).

2. Hoitojen vaikuttavuuden arvioiminen, esimerkiksi:

• Mitkä näkökulmat ovat keskeisiä arvioitaessa yksilön tilannetta ja hoidon tarvetta?

Hoitojen saatavuus. Ei-binääriset potilaat asetetaan epäedulliseen asemaan nykyisessä diagnoosilähtöisessä transitiossa. Hoitosuunnitelman tulisi perustua potilaan tarpeisiin eikä tulkitun sukupuoli-identiteetin perusteella annettuun nykyiseen erotteludiagnoosiin (F 64.0, F 64.8). Ei-binäärinen tai binäärinen identiteetti ei ole suoraviivaisessa yhteydessä hoidon tarpeeseen, vaan sukupuoliristiriidan laatu on aina yksilöllinen ja hoidon pitäisi perustua potilaan tarpeisiin.

Hoitojen saatavuus tulisi olla kaikille sama. Arvioidessa yksilön tilannetta ei tulisi arvioida vain mahdollisten hoitojen vaikutuksia (mahdollisine haittavaikutuksineen), vaan myös hoitamatta jättämisen vaikutuksia, esim. hoitamatta jättämisen vaikutus yksilön toimintakykyyn, mielenterveyteen ja somaattiseen terveyteen. Hoidon tarpeen arvioinnissa hoitamatta jättämistä ei tulisi koskaan pitää neutraalina vaihtoehtona hoitoon nähden, vaan sen riskit tulisi arvioida tarkkaan.

Hoidon tarpeen arvioinnissa yksilön oma kokemus on merkittävässä roolissa. Trasek ry uskoo, että tällä hetkellä arviointia voi vääristää tutkittavien pelko tuoda transtutkimusyksiköissä aidosti esiin omaa ei-binääristä kokemustaan tai pohtia sitä avoimesti siinä pelossa, että eivät saa hoitoja. Yksilön sukupuoli-identiteetti on sellainen, jonka vain hän itse voi tietää ja hänellä on ymmärrys hoitojen vaikutuksista ja mahdollisista haittavaikutuksista saatuaan siitä riittävästi tietoa. Lisäksi F 64.0 diagnoosin kriteerit tukevat sitä, että kehon korjaamista laajalti toisen sukupuolen kaltaiseksi painotetaan, mikä siis suosii binääristä ajattelua muunsukupuolisen kustannuksella, vaikka hoidot ovat periaatteessa samoja.

¹¹ SLL72019-376 Pia Das: Transsukupuolisten hormonihoitojen seuranta avoterveydenhuollossa.

• Mistä tietää hoidon onnistuneen? Mitkä ovat tärkeimmät osat siinä?

Hoidon onnistuminen voi hyvässä tilanteessa johtaa yksilön psyykkisen hyvinvoinnin ja toimintakyvyn paranemiseen. Hyvinvointia ja toimintakykyä voidaan mitata subjektiivisen raportin lisäksi mielenterveyden oireiden seuloilla, toimintakyvyn arvioimiseen tarkoitetuilla mittareilla, elämänlaadun mittareilla (esim. WHO:n) ja pidemmällä aikavälillä esimerkiksi sairaus- tai työkyvyttömyyspäiviä tarkastelemalla. Näiden käytössä on kuitenkin ongelmia, koska kohdistamalla kysymykset siihen mitä halutaan tietää, eli tässä tapauksissa hoidettavan kokemuksiin hoitojen vaikutuksista, ei saada tietoa nimenomaan *vain* hoidon vaikuttavuudesta.

Tutkimalla pelkkää mielialaa ja sopeutumista yhteiskuntaan voidaan joutua harhateille, koska siihen voivat vaikuttaa monet hoidoista riippumattomat asiat, ja hoitojen vaikutukset itsessään saattavat olla suuri voimavara mielenterveysongelmien ja vähemmistöstressin keskellä ja henkilö on hyötynyt niistä. On siis huomioitava myös ympäristön ja yhteiskunnan taholta koetut vähemmistöstressitekijät, jotka heikentävät sukupuolivähemmistöjen psyykkistä hyvinvointia ja toimintakykyä.

Fyysistä hoitoa voidaan pitää onnistuneena, kun henkilö itse kokee olonsa hyväksi omassa kehossaan. Trasek näkee osana hoidon onnistumista myös sen, että potilas on kokenut hoitosuunnitelman ja hoidon järjestämisen (hoitopaikan valinta) tehdyn aidosti yhteistyössä hänen kanssaan.

Potilaiden kommentteja:

”Hoidon tarvetta arvioidessa tulisi myös ottaa huomioon, että aina muunsukupuolisten transihmisten korjausprosessi ei kulje totuttua viivasuoraa reittiä. Esimerkiksi omaan prosessiini on kuulunut testosteronihoito, josta koin merkittävää hyötyä, sekä sittemmin parran laserpoisto - olen siis saanut sekä ns. FTM- että MTF-tyyppisiä hoitoja. Minua ei tulisi käsitellä katujana tai ihmisenä, jonka identiteetti on muuttunut, vaan henkilönä, joka on tarvinnut tietyt muutokset lievittääkseen sukupuolidysforiaansa ja saanut ne, ja jonka prosessi on täten onnistunut.”

”En voi pitää hoitoani kokonaisuudessaan onnistuneena, vaikka jokainen saamani hoito on parantanut hyvinvointiani ja joista osan hain yksityispuolelta ja maksoin itse, koska lääkärit viivyttivät hoitojani jokaisessa mahdollisessa kohdassa. Viimeisin kirurgi oli alun perin vaatinut, että painaisin leikkaukseen tullessani alle 120kg. Kun olin hänen vastaanotollaan, painoin 105kg, mutta yllättäen se olikin 6 kg liikaa. Kirurgi pyysi huoneeseen myös kollegansa, joka kurkku suorana huusi minulle, että olen hullu, kun edes yritän päästä leikkaukseen – tilanteessa, jossa minulla ei edes ollut housuja jalassa. Sain diabeteslääkettä (minulla ei ollut diabetesta), jonka piti saada minut laihtumaan, mutta se sekoitti aineenvaihduntani perusteellisesti. Muutama kuukautta myöhemmin olin yllättäen sairastunut sekä lisämunuaisten vajaatoimintaan että verenpainetautiin. Lääkäreiden vuosia jatkunut asiaton kohtelu teki tehtävänsä - ja lihotti minut uudestaan.”

• Miten pitäisi suhtautua haittavaikutuksiin? Minkälaiset riskit ja haitat ovat hyväksyttäviä?

Hoidettavalla tulisi olla mahdollisimman tarkkaa tietoa mahdollisista haittavaikutuksista, jotta hän voisi tehdä itse *informed consent*- päätöksen siitä, minkälaisia riskejä haluaa ottaa. Haittojen ja riskien arvioinnissa on arvioitava myös hoidon epäämisen aiheuttamat riskit.¹²

Arvioidessa yksilön tilannetta ei tulisi arvioida vain mahdollisten hoitojen vaikutuksia (mahdollisine haittavaikutuksineen), vaan myös hoitamatta jättämisen vaikutuksia, esim. hoitamatta jättämisen vaikutus yksilön toimintakykyyn ja mielenterveyteen mm. psykososiaalisen tai fyysisen toimintakyvyn aleneminen, itsetuhoisuus ja pahimmillaan itsemurha. *Hoidon tarpeen arvioinnissa hoitamatta jättämistä ei tulisi koskaan pitää neutraalina vaihtoehtona hoitoon nähden, vaan sen riskit tulisi arvioida tarkkaan.*

Tutkitut haittavaikutukset hoitamattomalla sukupuoliristiriidalla ovat mielenterveyden ongelmat (mm. masennus), stressitaustaiset somaattisen sairaudet, syrjäytyminen ja itsemurhariski. Onnistunut hoito ilmenee mielenterveyden haittojen vähenemisenä, osallistumisen lisääntymisenä ja vähentyneenä kuolleisuutena.

Huomattavan pieni osa katu hoitoja ja katumisen syynä on usein toimenpiteisiin liittyneet komplikaatiot. Ei-binääristen potilaiden osalta on huomattava, että esim. hormonihoitoon keskeyttämistä ei tule tulkita automaattisesti katumisena tai tyytymättömyytenä hoitoon. Hormonihoitoon käyttäminen rajallisen ajan muutosten saavuttamiseksi voi vastata joidenkin potilaiden transition tarpeeseen ja olla osa tyydyttävää hoitoprosessia.

Mahdollisista hoitojen seurauksina tulevista haitoista (leikkauksiin liittyvät komplikaatiot, hormonien mahdolliset vaikutukset tunne-elämään, todennäköisyys kaljuuntumiseen testosteronihoitoon myötä) tulisi kertoa asiakkaalle kuten kaikkien muidenkin lääketieteellisten toimenpiteiden ollessa kyseessä.

Hoitavan tahon ei kuitenkaan kuulu yrittää oman arvionsa perusteella suojella asiakasta tämän omilta päätöksiltä. Nykyinen portinvartijasyysteemi on luotu suojelemaan harvoja tutkittavia siltä, että he hankkisivat vahingossa hoitoja ja katuisivat myöhemmin - ei auttamaan lukuisia transsukupuolisia tai kehodysforiaa kärsiviä saamaan tarvitsemaansa hoitoa nopeasti ja tehokkaasti. Vastuun tulisi levätä yksilön harteilla sen jälkeen, kun hoitava taho on täyttänyt oman vastuunsa ajantasaisen ja oikean informaation välittäjänä.

3. Potilaan itsemääräämisoikeus ja -kyky hoidoista päätettäessä

• Miten voidaan parhaiten varmistua siitä, että potilas kykenee antamaan tietoon perustuvan suostumuksen hoitoihin?

Tietoon perustuva suostumus ei toteudu aikuisten eikä nuorten hoidossa. Painopistettä tulee siirtää itsemääräämisoikeuteen sekä juridisessa että lääketieteellisessä kehodysforian hoidossa.

Potilas ei pysty tekemään päätöksiä hoidostaan, jos hänellä ei ole tietoa lääketieteellisistä vaihtoehdoista sukupuolen korjauksessa tai kehodysforiassa. Fyysisten hoitojen vaikutuksista tai riskeistä ei ole tarjolla riittävästi tietoa suomeksi (lääketieteellisesti). Selkokielisiä tekstejä ei löydy ollenkaan. Käytännössä potilaat, jotka eivät osaa muita

¹² Potilaslaki 5 ja 6 pykälät

kieliä, ovat vertaistuellisen tiedon varassa. Lisäksi mm leikkausmenetelmät voivat olla erilaisia eri maissa. Lääkärit antavat tietoa vastaanotoilla vasta esikäynnillä kirurgiseen toimenpiteeseen, mutta usein potilas jännittää vastaanotolla sitä, saako haluamaansa kirurgista hoitoa vai ei, jolloin osa siellä annetusta tiedosta menee ohi.

Jotta potilas voisi antaa mahdollisimman paljon tietoon perustuvan suostumuksen, pitäisi hänellä olla käytössään selkeä (myös miel. selkokielineen) esite siitä, mitä ko. hoidolla saadaan aikaiseksi, konsultaatiokäynti transtyöryhmälle osoitetuilla eri erikoisalojen asiantuntijoilla (gynekologit, kirurgit) koska jo tutkimusjaksolla voitaisi arvioida, mitä hoitoa ja toimenpiteitä potilas voi saada. Hänellä tulisi olla myös kaikki saatavilla oleva tieto hoitojen vaikutuksista ja mahdollisista haittavaikutuksista sekä tieto siitä, mitä ei vielä tiedetä esimerkiksi pitkien seurantatutkimusten puutteen vuoksi.¹³

Koko yhdessä tehty hoitosuunnitelma pitäisi kirjata sairauskertomukseen, mikäli potilas niin haluaa. Potilaalla pitää olla oikeus päättää hoidoista myös yksi kerrallaan, jos se palvelee häntä parhaiten.

Sukupuolen vahvistaminen itsemääräämisoikeuteen perustuen jo aiemmin ja se, että henkilö on voinut elää omassa sukupuoleessaan oman näköistä elämäänsä, helpottaisi *informed consent*- tilannetta hoitojen suhteen ja olisi myös lääkärin työtä helpottava.

4. Hoitojen kustannukset

- **Minkäläisten sairauden tilojen ja ongelmien hoidon tulisi kuulua julkisesti rahoitettavaksi?**
- **Ja miksi?**

Lääketieteellisellä hoidolla pyritään vaikuttamaan sellaisiin tiloihin, jotka uhkaavat henkilön elämänlaatua, terveyttä tai toimintakykyä. Sukupuoliristiriidan aiheuttama uhka potilaiden psyykkiselle ja fyysiselle terveydelle, työ- ja toimintakyvyille sekä merkittävästi kohonneen itsemurhariskin takia monien potilaiden hengelle on huomattava. Sukupuoliristiriidan hoitaminen kirurgisin toimenpitein, hormonikorvaushoidolla ja puheterapialla voi vaikuttaa ratkaisevasti potilaan selviytymiseen, työkykyisyyteen ja tulevaan terveys- ja sosiaalipalveluiden tarpeeseen. Masennuksen tai ahdistuksen vuoksi työkyvyttömyyseläkkeelle jäävien määrä on kasvussa ja on tiedossa, että masennus on huomattavan yleistä sukupuoliristiriitaa kokevilla. Hyvinvoiva sateenkaarinuori -hankkeen kyselyssä paljastui, että erityisesti sukupuolivähemmistöihin kuuluvat nuoret ovat kasvaneessa riskissä syrjäytyä ja jättäytyä työelämän ja opintojen ulkopuolelle. Eettisesti tarkastellen sukupuoliristiriita täyttää potilasta vakavasti uhkaavien tilojen määritelmän ja yhteiskunnallisesti tarkasteltuna hoitamaton sukupuoliristiriita tuottaa merkittäviä kustannuksia menetettyinä työvuosina ja kasvaneina sosiaali- ja terveysmenoina. Sukupuoliristiriitaan ei ole tutkimustiedon perusteella olemassa muita hoitomuotoja kuin transitiota mahdollistavat somaattiset ja juridiset toimenpiteet, jotka on todettu tehokkaiksi.

Hyvinvointivaltion pitää huolehtia kansalaisistaan. Tilanteissa, joissa hoitamatta jättäminen aiheuttaa ihmiselle haittaa, häntä tulisi hoitaa. Tätä voidaan tarkastella myös taloudellisesti: hyvinvoivat ihmiset ovat todennäköisemmin opiskelu- ja työkykyisiä.

¹³ Potilaslaki 5 ja 6 pykälä

Sukupuoliristiriita on merkittävästi ihmisen hyvinvointiin vaikuttava tila, joka ei ole itse valittu, joten sen hoidon tulisi olla julkisesti rahoitettua.

<https://www.wpath.org/>

http://transhealth.ucsf.edu/trans?page=guidelines-gender-nonconforming&fbclid=IwAR157ig6F0pMfrnKzSEwPRNk0I6xy9ICA5epo3Wwbd8KTztRueOpF2a_6mY

Lisätietoja antaa: Antti Karanki

antti.karanki@gmail.com

puhelin 0509192099