



PALVELUVALIKOIMA

Tjänsteutbudet | Choices in health care

Palveluvalikoimaneuvoston valmistelumuistio

Sukupuoli-identiteetin variaatioista johtuvan dysforian
lääketieteelliset tutkimus- ja hoitomenetelmät



Termit

Amennorhea	Kuukautisten poisjääminen
Jarrutushoito	Puberteettikehityksen jarruttaminen GnRH-analogeilla (gonadotropiinien vapauttajahormonin toimintaa estävä lääke) biologisen sukupuolen mukaisten sekundaaristen sukupuoliominaisuuksien kehittymisen estämiseksi.
Cis-sukupuolinen	Henkilö, jonka koettu sukupuoli vastaa hänelle syntymässä määritettyä sukupuolta (identifioituu ja on tyytyväinen syntymässä määriteltyyn sukupuoleensa ja yleensä myös ilmaisee sukupuoltaan sen mukaisesti)
Dysforia	Ahdistus, joka tässä yhteydessä aiheutuu sukupuoli-identiteetin ristiriidasta
Mastektomia	Syöpäleikkaus, jossa poistetaan rintarauhanen kokonaan. Termiä on käytetty myös sukupuoli-identiteetin variaatioiden kohdalla, mutta se ei kuva toimenpiteen sisältöä. Oikeammat termit ovat rintojen maskulinisaatio (transmies) tai rintojen muokkaus naissukupuolta ilmaisevien piirteiden häivyttämiseksi (muunsukupuolinen).
Muunsukupuolinen	Henkilö, joka ei koe olevansa mies tai nainen, vaan esimerkiksi jotain niiden väliltä, sukupuoleton, sukupuolirajat ylittävä, niiden ulkopuolella oleva tai monisukupuolinen.
Rintojen feminisaatio	Hormonihoito johtaa rintarauhasen kasvuun ja feminisoitumiseen. Jos tämä ei riitä, voidaan rintoja suurentaa ensisijaisesti rasvansiirteellä. Muut vaihtoehdot vain erikoistilanteissa.
Rintojen maskulinisaatio	Hormonihoito johtaa useimmille miestyypiseen rintakarvoitukseen, rintarauhanen saattaa pienentyä ja nännipiha vetäytyä sivulle. Leikkaustapa valitaan rinnan koon ja muodon mukaan. Rintarauhasta jätetään sekä rinnan yläosaan että nännipihan alle. Myös miehellä on rintarauhanen.
Transsukupuolinen	Henkilö, jonka koettu sukupuoli ei vastaa hänelle syntymässä määritettyä juridista ja biologista sukupuolta, vaan vastakkaista sukupuolta



Sisällys

1.	Suosituksen tausta ja rajaukset	1
2.	Suosituksessa käsiteltävät sukupuoli-identiteetin variaatioiden diagnoosit	2
3.	Sukupuoli-identiteetin variaatioiden yleisyys	4
4.	Sukupuoli-identiteetin variaatioiden diagnostiikkaa ja hoitoa ohjaava lainsäädäntö	7
5.	Lääketieteelliset hoito- ja kuntoutusmuodot Suomessa	8
5.1.	Aikuisten tutkimusjakson kuvaus	9
5.2.	Alaikäisten hoitoprosessi	13
5.3.	Sukupuoliominaisuuksia muuttavat lääkkeelliset hoidot	15
5.3.	Kirurgiset hoidot	17
5.4.	Hedelmällisyyden säilyttäminen	18
5.5.	Psykososiaaliset hoitomuodot	19
5.6.	Muut lääketieteelliset hoidot	20
5.7.	Apuvälineet	20
5.8.	Tilastotietoa	22
6.	Kirjallisuuskatsaus sukupuoli-identiteettiin liittyvän dysforian lääketieteellisistä hoidoista	27
6.1.	Sukupuolen korjausprosessi	27
6.2.	Hormonihoidot	28
6.3.	Rinta- ja rintakehäkirurgia	34
6.4.	Sukuelinkirurgia	35
6.5.	Kurkunpään kirurgia	38
6.6.	Psykologiset interventiot	38
6.7.	Lapset ja nuoret	39
7.	HUS:n muunsukupuolisille kohdistettu hoitotyytyväisyyttä koskeva laadunseuranta ja siihen liittyvä rekisteritutkimus	39
7.1.	Aineiston kuvaus	40
7.2.	Hoitotoimenpiteet ja hoitotyytyväisyys	40
8.	Kotimaiset hoitosuositukset ja selvitykset	42



9.	Ulkomaiset hoitosuositukset	42
9.1.	Ruotsi	42
9.2.	Kansainvälinen suositus	43
10.	Interventioiden kustannukset ja budjettivaikutukset	43
10.1.	Sairaalakohtaiset kustannukset	43
10.2.	Hoitoprosessikohtaiset kustannukset	47
11.	Hoitoon hakeutuvien ja hoitoja saaneiden näkökulma	49
11.1.	Järjestöjen esiintuomat asiat	49
11.2.	Lääketieteellisiä hoitotoimenpiteitä saaneiden henkilöiden näkemyksiä	51
12.	Eettinen arvio	52
12.1.	Eettisten kysymysten tarkastelu	52
12.2.	Eettisten kysymysten analyysi	56
12.3.	Jaoston jäsenten näkemykset eettisestä arvioinnista	61
13.	Yhteiskunnan rooli	62
14.	Suosituksen valmisteluun osallistuneet	63
15.	Suosituksen valmisteluvaiheet	65
16.	Liitteet	66
17.	Lähteet	67

STM038:00/2017

1. Suosituksen tausta ja rajaukset

Terveystieteiden tutkimuskeskuksen palveluvalikoimaneuvosto (Palko) päätti kokouksessaan 4.9.2018, että se alkaa valmistelemaan suositusta lääketieteellisistä tutkimus- ja hoitomenetelmistä sukupuolen variaatioista johtuvan toimintakykyä alentavan dysforian hoidossa.

Useimmiten kromosomiston ja sukupuolielinten fyysisen rakenteen mukainen sukupuoli ja sukupuoli-identiteetti muodostavat yhteensopivan ja ristiriidattoman kokonaisuuden, mutta aina näin ei ole. Kokemus omasta sukupuolesta on monelta osin yksilöllinen (Kärnä ym. 2018). Sukupuoli-identiteetin variaatio tarkoittaa sukupuoli-identiteetin asettumista mihin tahansa kohtaan mies-nainen dimensiolla tai sen ulkopuolelle, ei ainoastaan jakoa miehiin ja naisiin. Vain osalla sukupuolen variaatioon liittyy merkittävää kärsimystä ja toimintakyvyn heikkenemistä ja vain osa toivoo saavansa lääketieteellistä hoitoa sukupuolidysforian eli -ahdistuksen vuoksi.

Suosituksen laatimista varten Palko perusti seksuaaliterveyden jaoston, johon kutsuttiin sekä klinisiä että juridisia asiantuntijoita. Työskentelyä varten tilattiin kirjallisuuskatsaus ja laaja eettinen selvitys sekä järjestettiin keskustelutilaisuudet suosituksen kohderyhmää edustavien henkilöiden ja järjestöjen kanssa. Lisäksi mahdollistui HUS:n moniammatillisen sukupuoli-identiteetin ristiriitaa selvittävän työryhmän seurannassa olleiden muunsukupuolisten hoitokokemuksista tehdyn laadunseurantaselvityksen tulosten hyödyntäminen.

Tässä valmistelumuistiossa käsitellään transmiesten, transnaisten ja laajemmin sukupuoli-identiteetin variaatioihin liittyvän sukupuoliahdistuksen lääketieteellisiä hoitomenetelmiä. Hankitut ulkopuoliset selvitykset ja järjestöjen lausunnot ovat tämän valmistelumuistion liitteinä.

Tässä suosituksessa ei käsitellä

- intersukupuolisuuden hoitoa
- muiden kuin sukupuoli-identiteetin variaatiokokemusten aiheuttaman kehodysforian psyykkisten tai fyysisten interventioiden tarvetta
- miesten tai naisten ympärileikkauksia
- hedelmällisyyden säilyttämistä

STM038:00/2017

2. Suosituksessa käsiteltävät sukupuoli-identiteetin variaatioiden diagnoosit

Sukupuolen moninaisuus on ilmiönä vanha (Kärnä ym. 2018). Ristiriita koetun sukupuolen ja fyysisen ilmiön välillä voi äärimuodossaan aiheuttaa henkilölle kärsimystä (dysforiaa), joka tavallisesti kohdistuu kehoon ja erityisesti vääränlaisiksi koetuiksi sukupuolielimiin tai sukupuolta ilmentäviin sekundaarisiin ominaisuuksiin. Sukupuoli-identiteetin variaatiosta johtuva kärsimys voi liittyä myös biologiseen sukupuoleen liittyviin yhteiskunnan asettamiin rooliodotuksiin.

Kokemus sukupuoli-identiteetin ristiriidasta on yksilöiden välillä erilaista. Osalle tärkeintä on tulla sosiaalisesti hyväksytyksi koetun sukupuoli-identiteetin mukaisesti. Sosiaalisesti koetun sukupuolen mukainen rooli tarkoittaa ensisijaisesti mahdollisuutta tulla kohdatuksi ja voida käyttäytyä kokemansa mukaisen sukupuoliroolin mukaisesti. Osa toivoo kehodysforiansa lievittämiseksi erilaisia lääketieteellisiä hoitoja, jotka muokkaavat kehoa koetun sukupuolen suuntaan (transsukupuolisuus) tai häivyttävät kehon sukupuolta ilmaisevia piirteitä (muunsukupuolisuus). Kehitysikäisillä sukupuoli-identiteetti on usein vakiintumaton. Myös aikuisista osalla sukupuoli-identiteettikokemus voi vaihtua elämän aikana tai liikkua muunsukupuolisuudesta transsukupuolisuuteen tai päinvastoin.

Tässä valmistelumuiotiossa käsitellään seuraavia sukupuolta kuvaavia termejä, joiden kuvaukset perustuvat Kärnä ym. artikkeliin (Kärnä ym. 2018). Etuliite Cis on latinaa ja tulee sanasta samalla puolella olevaa vastakohtana sanalle trans, joka tarkoittaa toisella puolella olevaa.

Cis-sukupuolinen/Cis-henkilö	Henkilö, jonka koettu sukupuoli vastaa hänelle syntymässä määritettyä sukupuolta (identifioituu ja on tyytyväinen syntymässä määriteltyyn sukupuoleensa ja yleensä myös ilmaisee sukupuoltaan sen mukaisesti)
Muunsukupuolinen	Henkilö, joka ei koe olevansa mies tai nainen, vaan esimerkiksi jotain niiden väliltä, sukupuoleton, sukupuolirajat ylittävä, niiden ulkopuolella oleva tai monisukupuolinen.
Transsukupuolinen	Henkilö, jonka koettu sukupuoli ei vastaa hänelle syntymässä määritettyä juridista ja biologista sukupuolta, vaan vastakkaista sukupuolta

Lääketieteellisissä diagnostiikassa on käytössä yleinen WHO:n tautiluokitus ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) sekä psykiatrian alalla DSM (Diagnostic and statistic manual of mental disorders)



STM038:00/2017

ICD-10:ssä sukupuoli-identiteettiin liittyviä diagnooseja ovat

- F64.0 Transsukupuolisuus
- F64.2 Lapsuuden sukupuoli-identiteetin häiriö
- F64.8 Muu sukupuoli-identiteetin häiriö (käytetään muunsukupuolisuuden diagnoosinumerona)
- F64.9 Määrittämätön sukupuoli-identiteetin häiriö

ICD-11 tulee yhdistämään erilaiset sukupuolen identiteetin variaatiot yhden diagnoosin alle: sukupuolen yhteensopimattomuus (gender incongruence).

DSM-5 -tautiluokituksessa (American Psychiatric Association, 2013) gender dysphorian suomenkielinen termi tulee olemaan sukupuoli-identiteetin häiriö ja se määritetään seuraavasti:

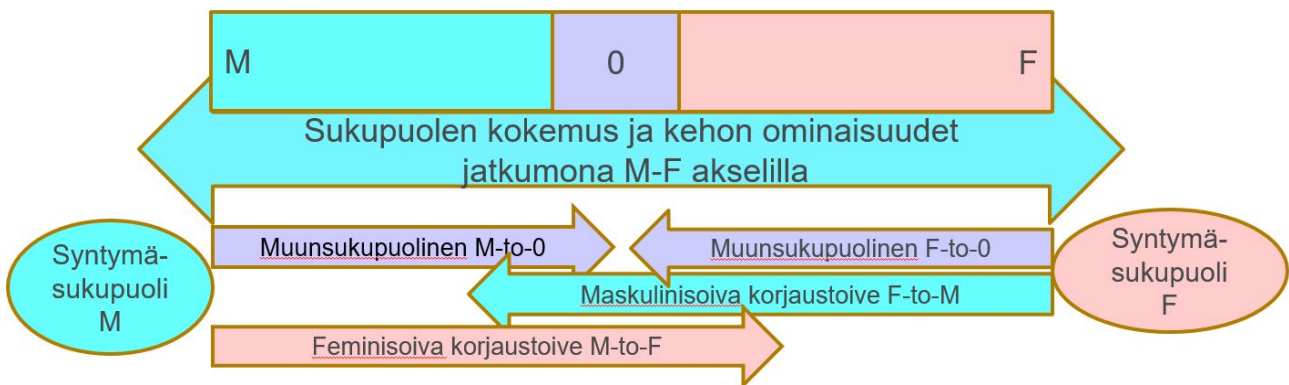
A Vähintään 6 kuukautta kestävä merkittävä ristiriita koetun/ ilmaistun sukupuolen ja syntymässä määritetyn sukupuolen välillä, ilmenee ainakin kahdella seuraavista tavoista:

1. Merkittävä ristiriita koetun / ilmaistun sukupuolen ja primaaristen ja/tai sekundaaristen sukupuolitunnusmerkkien välillä (nuorilla nuoruusikäisillä odotettavissa olevien sukupuolitunnusmerkkien)
2. Koetun ristiriidan vuoksi vahva toive päästä eroon primaareista ja/tai sekundaarisista sukupuolitunnusmerkeistä
3. Vahva toive saada vastakkaisen sukupuolen primaarit ja/tai sekundaariset sukupuolitunnusmerkit
4. Vahva toive olla vastakkaista sukupuolta (tai muuta määritetystä sukupuolesta poikkeavaa sukupuolta)
5. Vahva toive tulla kohdelluksi vastakkaisen (tai muun määritetystä sukupuolesta poikkeavan sukupuolen) edustajana
6. Vakuuttuneisuus, että omat tunteet ja reaktiot ovat tyypillisiä vastakkaiselle sukupuolelle (tai muulle määritetystä sukupuolesta poikkeavalla sukupuolella)

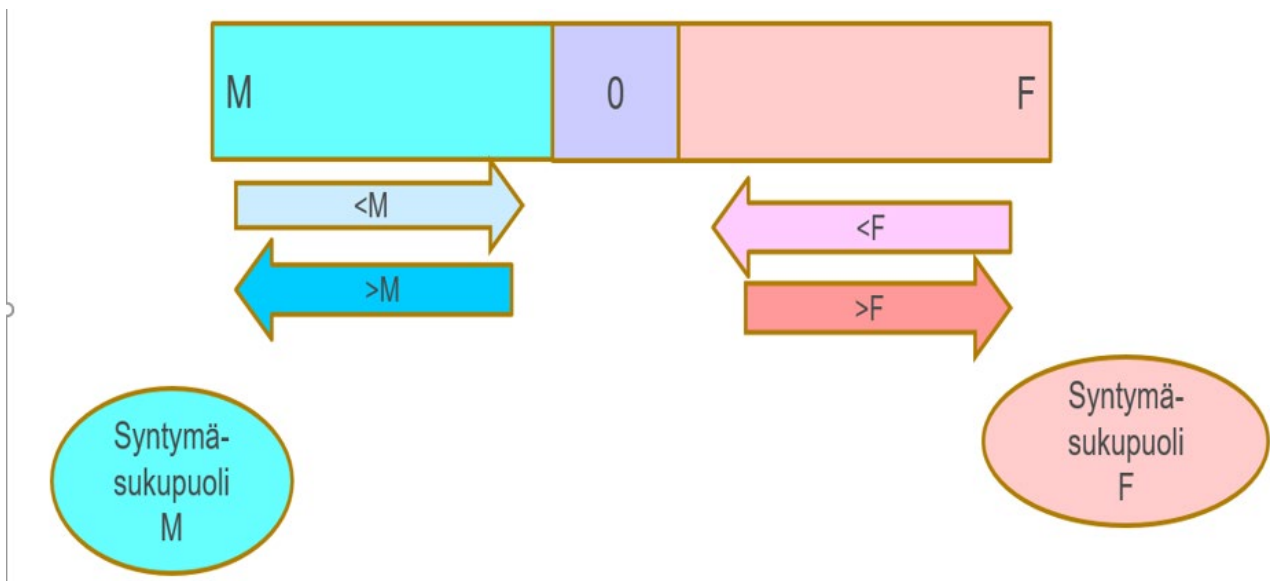
B Tilaan liittyy merkittävää kärsimystä tai toimintakyvyn laskua sosiaalisissa suhteissa, työelämässä tai muilla tärkeillä toimintakyvyn alueilla.

Kehoon kohdistuvia muutostoiveita sukupuoli-identiteetin erilaisissa variaatioissa ja cis-sukupuolisilla esitetään kuvissa 1 ja 2.

STM038:00/2017



Kuva 1. Trans – ja muunsukupuolisten sukupuoli- ja kehon kokemus ja sen mukainen kehoon kohdistuva korjaustoive



Kuva 2. Cis-sukupuolisten toiveet kehoa muuttavista hoidoista.

3. Sukupuoli-identiteetin variaatioiden yleisyys

Sukupuoli-identiteetin variaatioiden yleisyyden ja heistä hoitoa edellyttävien osuuden määrittäminen on haasteellista. Vain osa henkilöistä, joilla on sukupuoli-identiteetin variaatio, hakeutuu diagnostisiin tutkimuksiin ja hoidontarpeen arviointiin. Heistä, jotka hakeutuvat diagnostisiin tutkimuksiin, vain osa

STM038:00/2017

päätyy hoitoihin. Edelleen vain osa toteuttaa esimerkiksi sukupuolenkorjaukseen liittyvän hoitoprosessin kokonaisuudessaan.

Väestötutkimuksissa voidaan selvittää anonymisti, kuinka paljon valitussa kohderyhmässä koetaan sukupuoli-identiteettiin liittyvää epävarmuutta, tyytymättömyyttä tai dysforiaa. Näiden kyselyiden tulosten tulkinnassa on huomioitava kysymysten muotoilu, kansallisuus ja kohderyhmän edustavuus, ikä sekä vastausprosentin kattavuus (Zucker 2017). Myös se, että he pystyvät vastatessaan olemaan itselleen rehellisiä ja tunnistamaan epävarmuutensa, voi vaikuttaa tuloksiin (Kaltiala-Heino ym. 2018a).

Vuonna 2014 julkaistussa laajassa hollantilaistutkimuksessa 4,6% miehistä ja 3,2% naisista raportoi identifioituvansa yhtä voimakkaasti kumpaankin sukupuoleen ja 1,1 % miehistä ja 0,8 % naisista kuvasi identifioituvansa voimakkaammin vastakkaiseen sukupuoleen (Kuyper ja Wijzen 2014). Vuonna 2015 julkaistussa belgialaisessa tutkimuksessa vastaavat luvut olivat miehillä 2,2 % ja 0,7 % ja naisilla 1,9 % ja 0,6 % (Van Caenegem ym. 2015). Suomessa vuonna 2010 julkaistussa tutkimuksessa 6 % vastaajista ilmoitti joskus kokeneensa, että kuului toiseen sukupuoleen tai haluaisi toisen sukupuolen kehon (Ålgars ym. 2010).

Yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa 2730:lle 6-8 luokkalaiselle kohdistetussa kyselytutkimuksessa 1,3 % valitsi vaihtoehdon transsukupuolisuus (Shields ym. 2013). Suomalaisessa vuonna 2017 nuorille kohdistetussa kyselytutkimuksessa 3,6 % nuorista miehistä ja 2,3 % nuorista naisista kuvasi mahdollisesti kliinisesti merkittävää sukupuoli-identiteettiin liittyvää ristiriitaa (Kaltiala-Heino ym. 2019).

Belgialaisessa tutkimuksessa seksuaalivähemmistöihin kuuluvien alaryhmässä syntymässä mieheksi määritellyistä 1,8 % raportoi identifioituvansa yhtä voimakkaasti kumpaankin sukupuoleen ja 0,9 % raportoi identifioituvansa voimakkaammin heille syntymässä määritellyn sukupuolen suhteen vastakkaiseen sukupuoleen, mikä vastaa koko väestön raportoimia tuloksia. Syntymässä naiseksi määritellyillä vastaavat luvut olivat koko väestöön nähden yli kaksinkertaiset (4,1 % ja 2,1 %) (Van Caenegem ym. 2015). Englantilaisessa 16-25 vuotiaalle LGCBTQ (lesbian-gay-bisexual, trans and questioning) kohdistetussa kyselytutkimuksessa 5 % nuorista ei kokenut kuuluvansa binääriseen sukupuoleen (METRO Youth Chances 2016).

Sukupuoli-identiteetin variaatioita on esitetty esiintyvän autismi spektrin häiriöissä väestötason esiintyvyyttä enemmän (Gidden ym. 2016, Heylens ym. 2018)

Kaikkiin sukupuolen identiteetin variaatioita koskeviin prevalenssia, insidenssiä ja hoidontarvetta selvittäviin tutkimuksiin liittyy huomattavaa epävarmuutta. Korjaushoitoihin päätyvien osuudesta ei ole tarkkaa tietoa. Hollantilaistutkimuksen mukaan aikuisväestön osalta sukupuoli-identiteettiin liittyvän dysforian vuoksi hoitoon hakeutumishalukkuutta oli 15-70 vuotiaista miehistä 0,6 %:lla ja naisista 0,2 %:lla (Kuyper ja Wijzen 2014). Sukupuoliominaisuuksia muuttavien hoitojen kysyntä on 2000-luvulla kasvanut

STM038:00/2017

länsimaissa huomattavasti ennen kaikkia nuoruusikäisillä ja nuorilla aikuisilla sekä erityisesti tytöillä (Wood ym. 2013, Dhejne ym. 2014, Aitken ym. 2015, Zucker 2017, Mueller ym. 2017, Kaltiala-Heino ym. 2015, 2018, Kaltiala ym. 2020a). Toistaiseksi ei ole luotettavaa tietoa tekijöistä, mitkä selittävät nuorten lisääntyneen hoidonarvion hakeutumisen tarpeen (SBU 2019). Toistaiseksi ei ole myöskään tietoa siitä, onko näiden nuorten kohdalla kyse pysyvästä vai elämän aikana vielä muuntuvasta sukupuoli-identiteetistä (Zucker 2017, Marchiano 2017, Kaltiala-Heino ym. 2019, Kaltiala 2020a). Suomalaisen tutkimuksen mukaan nuorten sukupuoli- dysforian johdosta tehty tutkimus ja hoitoprosessi ei vaikuttanut muuhun psykiatriseen sairastavuuteen (Kaltiala ym. 2020b). Myöhemmällä aikuisiällä hoitoon hakeutuvien sukupuoli-identiteetin on todettu olevan varsin pysyvä.

Seurantatutkimuksissa sukupuolta korjaaviin hoitoihin päätyneistä vain pieni osa katu toimenpiteitä, mutta seurantalutkimusten osallistumisprosentit vaihtelevat eivätkä tulokset ole kattavia. Ruotsalaisessa yhteensä 767 transsukupuolista henkilöä ja vuodet 1960-2010 kattavassa rekisteritutkimuksessa 89 %:lle myönnettiin oikeudellinen sukupuolen vaihtaminen. Heistä 2,2 % oli tehnyt ns. katumisanomuksen, eli pysyivät sukupuolen muuttamista takaisin syntymässä määriteltyyn. Näiden suhteellinen osuus oli pienentynyt seuranta-aikana (DHejne ym. 2014). Myös Tanskassa oikeudellisen sukupuolen vaihtaneista (N=762) katujia oli 2,2 % (Burrell, henk. koht. tieto 2019).

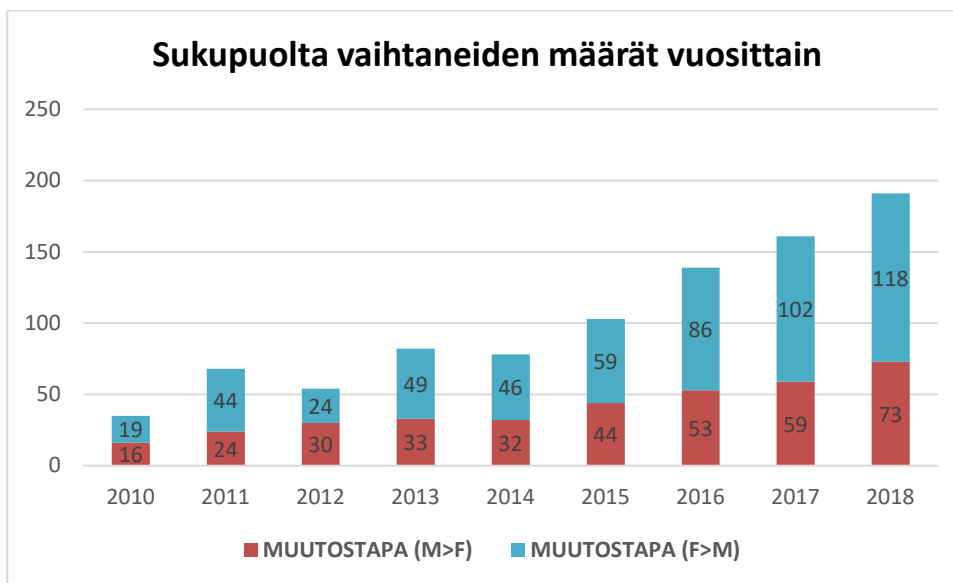
Myös hoitoprosessin keskeyttäneiden osuus tulisi huomioida arvioitaessa sukupuolen korjauspäätöksen pysyvyyttä, mutta prosessin eri vaiheissa keskeyttäneiden määrästä ei ole saatavissa luotettavaa tietoa. Muunsukupuolisten osalta ei katujien määrää ole toistaiseksi julkaistu, mutta kotimaisessa laadunseurantatutkimuksessa katujia oli vastanneista 1/39. On kuitenkin huomioitava, että tässäkin vastausprosentti oli vain 78% (39/50), joten tulokset eivät kuvaa koko ryhmää (liite 2).

Katuminen tapahtuu tyyppillisesti viiveellä. Nykyiset tutkimukset ja tilastot eivät mahdollista sen selvittämistä, kuinka moni eri vuosina hoidetuista tosiasiallisesti katu jo tehtyjä toimenpiteitä tai sukupuolen juridista vaihtamista. On myös mahdollista, että nämä henkilöt eivät hakeudu terveydenhuollon palvelujen piiriin, jolloin katuminen ei tule ilmi. Lisäksi on huomioitava, että hoitoon hakeutuneiden määrä on kasvanut Suomessakin yli 20-kertaiseksi ja heidän sukupuolijakaumansa on muuttunut siten, että etenkin nuorten naisten osuus on kasvanut ja myös psykiatristen rinnakkaisairauksien osuus on lisääntynyt. Aikaisemmat tutkimustulokset eivät täten välttämättä vastaa tämän päivän potilaita.

Väestörekisterin tilastojen mukaan juridisen sukupuolen vaihtaneiden määrä on 2010 -luvulla noussut erityisesti viime vuosina ja erityisesti transmiehillä (Kuva 3). Sukupuolensa juridisesti takaisin muuttaneita on vuosittain vain yksittäisiä henkilöitä. Toistaiseksi puuttuu luotettava tieto siitä, kuinka moni transprosessin läpikäyneistä ja kahden psykiatrin lausunnon saaneista lopulta päätyy juridiseen sukupuolen

STM038:00/2017

vaihtamiseen. Vastaavasti tarvitaan tietoa siitä, miksi osa transprosessin läpikäyneistä ja kahden psykiatrin lausunnon saaneista ei lopulta päädy juridiseen sukupuolen vaihtamiseen.



Kuva 3. Vuosina 2010-2018 oikeudellisesti sukupuolta vaihtaneiden määrät

4. Sukupuoli-identiteetin variaatioiden diagnostiikkaa ja hoitoa ohjaava lainsäädäntö

Suomen lain mukaan transsukupuolisilla henkilöillä on oikeus sukupuolen uudelleen määrittelyyn ja mahdollisuus lääketieteellisiin hoitoihin fyysisten sukupuoliominaisuuksien muuttamiseksi vastaamaan koettua sukupuolta (Laki transseksuaalin sukupuolen vahvistamisesta 2002/563). Laissa on määritetty transseksuaalin sukupuolen vahvistamisen edellytykset.

Asetuksessa (1053/2002) kuvataan tarkemmin sukupuolen muuttamiseen tähtäävän tutkimuksen ja hoidon lääketieteellinen soveltamisala, kun kyseessä on transhenkilön sukupuolen vahvistaminen. Sukupuolen muuttamiseen (miehestä naiseksi, naisesta mieheksi) tähtäävät tutkimukset ja hoito on lainsäädännöllä keskitetty Helsingin Yliopistolliseen keskussairaalaan ja Tampereen yliopistolliseen sairaalaan, sukuelinkirurgia Helsingin yliopistolliseen sairaalaan. Näissä keskitetyissä moniammatillisissa sukupuoli-identiteetin ristiriitaa selvittävässä yksiköissä psykiatrisella tutkimuksella varmistetaan, että transsukupuolisuuden/ muunsukupuolisuuden diagnostiset kriteerit täyttyvät. Lisäksi varmistetaan, että potilaalla on riittävät kognitiiviset edellytykset, psyykinen terveydentila ja identiteetin kypsyyden, jotta hänen voi olettaa pystyvän tekemään päätöksiä omaan kehoon kohdistuvista peruuttamattomista hoidoista ja

STM038:00/2017

ettei identiteettiristiriita johdu muusta psykiatrisesta häiriöstä. Hormonihoidon suunnittelee endokrinologiaan perehtynyt gynekologi tai sisätautien erikoislääkäri. Rintakehään ja rintoihin kohdistuvien sekä kohdun ja munasarjojen poistoihin liittyvien kirurgisten toimenpiteiden tahoja ei ole lainsäädännöllä erikseen määritetty, mutta näiden toimenpiteiden tarve arvioidaan keskitetysti HUS:in ja TAYS:in moniammatillisilla poliklinikoilla. Ulkoisesta sukuelinkirurgiasta vastaa plastiikkakirurgian erikoislääkäri HUS:ssa, vaginektomioita tehdään myös TAYS:ssa sisäisten sukuelinten poiston yhteydessä. Transprosessiin liittyvä tosielämän koe kestää noin vuoden. Joskus seuranta-aikaa pidennetään, jos se on potilaalle tarpeen.

Muiden sukupuoli-identiteetin variaatioiden osalta hoidon järjestämisestä tai sen sisällöstä ei ole erillistä lainsäädäntöä, joskin asetus toteaa lähetteen laatimisen transpoliklinikalle tarpeelliseksi myös silloin, kun sukupuoli-identiteettikokemus muutoin vaatii selvittelyä. Tämän ryhmän hoidon tarpeen ja järjestämisen osalta on sovellettava terveydenhuoltolakia (1326/2010) ja erityisesti sen pykälää 7 (yhtenäisen hoidon perusteet), 7a (palveluvalikoiman perusteet), 8 (näyttöön ja hyvään käytäntöön perustuminen, laadukas, turvallinen ja asianmukainen), ja 10 (keskittämisen perusteet), lakia potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) sekä perustuslain (11.6.1999/731) yhdenvertaisuutta koskevaa pykälää 6. Lääketieteellisiä tutkimuksia ja hoitoja ohjaavat myös eettiset periaatteet (<https://www.laakariliitto.fi/liitto/etiikka/>).

Muunsukupuolisuuden kokemuksesta kärsiviä aikuisia on lähetetty viimeisen noin kymmenen vuoden ajan lisääntyvästi HUS:n ja TAYS:n sukupuoli-identiteetin tutkimusyksiköihin tutkimusten ja lääketieteellisten hoitojen järjestämistä varten. HUS ja TAYS ovat diagnosoineet muunsukupuolisia vuodesta 2008 ja ohjanneet heitä yksilöllisen tilanteen mukaan psykososiaalsiin ja fyysisiin hoitoihin.

Nykyisessä hallitusohjelmassa translakia esitetään uudistettavaksi ja ehdotetaan, että säädetään itsemääräämisoikeutta kunnioittava laki sukupuolen vahvistamisesta. Tällaisena mahdollinen lakiuudistus ei vaikuta lääketieteellisten hoitojen perusteisiin, hoitoprosessiin tai muuta yksilöllisen hoidon tarpeen lääketieteellisiä arviointiperiaatteita.

5. Lääketieteelliset hoito- ja kuntoutusmuodot Suomessa

Ennen vuotta 2007 TAYS:n ja HUS:n sukupuoli-identiteetin tutkimusyksiköihin hakeutui yhteensä noin 40 (täysi-ikäistä) henkilöä/vuosi. Vuosina 2005-2017 tutkimuksiin hakeutuvien täysi-ikäisten määrä on yli 20-kertaistunut. Vuonna 2005 HUS:iin hakeutui 21 potilasta ja vuonna 2018 uusia lähetteitä HUS:iin oli 434. Vastaavasti TAYSiin oli vuonna 2010 uusia lähetteitä 36 ja vuonna 2017 vastaavasti 468. Vuonna 2019 uusia yli 18 vuotiaita koskevia lähetteitä oli TAYS:ssa ensimmäisen kerran vähemmän kuin edellisellä vuonna, 427, joista 417 hyväksyttiin. Toisaalta vuonna 2019 avokäyntien määrä lisääntyi merkittävästi. Vuonna 2018 avokäyntejä oli 2000, vuonna 2019 niitä oli 2600. HUS:ssa vuonna 2019 uusia lähetteitä oli 549.

STM038:00/2017

Alaikäisten tutkimukset ovat olleet mahdollisia vuodesta 2011. Ensimmäisinä vuosina tutkimuksiin hakeutui TAYS:in ja HUS:in yhteensä n 40 nuorta/vuosi, viime vuosina yli 200/vuosi.

Kasvua on erityisesti muuhun kuin selkeästi vastakkaiseen sukupuoleen identifioituvien henkilöiden määrässä, nuorissa ikäryhmissä, syntymässä tytöksi määriteltyjen ryhmässä ja niiden henkilöiden määrässä, joiden etenemistä muuntohoitoihin ei vakavan mielenterveyden häiriön tai laaja-alaisen identiteettiin liittyvän epäselvyyden vuoksi voida suosittaa. Alaikäisenä tutkimuksiin hakeutuvista yli 85 % on syntymässä määritetty tytöksi.

5.1. Aikuisten tutkimusjakson kuvaus

5.1.1. HUS Sukupuoli-identiteetin tutkimuspoliklinikka (täysi-ikäiset potilaat)

Tutkimuksen tavoitteena on tutkia sukupuoli-identiteettiä ja hoidon tarvetta. Sukupuolen muuntohoitojen edellytyksenä on, että kyseessä on transsukupuolisuuden F64.0 tai muu sukupuoli-identiteetin häiriön F64.8 kriteerit täyttävä pysyvä sukupuoli-identiteetti eikä psykiatrinen häiriö tai tilapäinen ajatus sukupuolen korjaamisesta.

Tutkimusprosessi:

1. Lähetekäsittely ja hoidontarpeen arvio:

Aluksi selvitetään tutkimusjakson oikea-aikaisuus tutkittavan terveydentila, toimintakyky ja elämäntilanne huomioiden. Alussa voidaan tehdä yleispsykiatrinen arvio tutkittaville, joiden taustatiedot lähetteen ja aiempien tutkimusten perusteella ovat riittämättömät sukupuoli-identiteetin tutkimusjakson oikea-aikaisuuden arvioimiseksi.

2. Tutkimusjakso toteutetaan moniammatillisena selvityksenä seuraavasti:

Sairaanhoitajan elämäntilaa haastattelu 2-3 käyntiä, joiden aikana käydään läpi sukupuoli-identiteetin ristiriidan ilmeneminen eri elämänvaiheissa, psykiatrinen anamneesi (tilataan tarvittaessa puuttuvia asiakirjoja), selvitetään elämäntilanne ja toimintakyky sekä informoidaan sukupuolenkorjausprosessista.

Psykiatrin toteuttama diagnostinen haastattelu käsittää 1-2 käyntiä ja siinä käytetään soveltaen strukturoituja menetelmiä. Henkilö ohjataan tarvittaessa laboratoriotutkimuksiin (esimerkiksi epäily päihdeongelmasta).

STM038:00/2017

Psykologin tutkimus käsittää 1-3 käyntiä ja niissä keskitytään persoonallisuuden kypsyyteen, sukupuoli-identiteetin vakauteen sekä psyykkisiin voimavaroihin ajatellen korjaushoitoja. Tarvittaessa tutkimusta laajennetaan, jos diagnostisessa haastattelussa tulee esiin erotusdiagnostisia kysymyksiä.

Neuropsykologin tutkimus järjestetään tarvittaessa (esimerkiksi epäily hoitopäätöksen ja hoitoprosessin ymmärtämistä edellyttävien kognitiivisten kykyjen puutteista).

Sosiaalityöntekijän konsultaatio järjestetään tarvittaessa.

Läheistapaaminen järjestetään tarvittaessa.

HUS Sukupuoli-identiteetin tutkimuspoliklinikalta voidaan antaa lähete 5-10 kerran transsensitiiviseen terapiaan missä vain tutkimusjakson vaiheessa, jos ilmenee spesifisti transsukupuolisuuden tai muunsukupuolisuuden liittyvää terapeutin tuen tarvetta.

Mikäli potilaalla on autismitietäminen häiriö, järjestetään tutkimusjakson elämäntietäminen haastattelu Autismitietäminen seksuaaliterapeutin vastaanotolla. Tämä varmistaa sen, että potilaan erityistarpeisiin voidaan vastata.

Mikäli tutkimuksissa todetaan muun psykiatrisen hoidon tarvetta, se järjestetään kotikunnan palveluissa.

Tutkimusjakso päättyy diagnostiseen arvioon ja hoitosuunnitelman laatimiseen yhteistyössä tutkittavan kanssa.

3. Diagnoosin mukainen hoitopolku:

a. Transsukupuolisuus

Diagnoosin mukaisesti tutkittava voidaan hänen itse toivoessaan ohjata julkisen palvelujärjestelmän mahdollistamiin hoitoihin ja vähintään vuoden mittaiseen tosielämän seurantaan (sosiaalinen transiio). Hoitojen ja tosielämäntietäminen vaiheen oikea-aikaisuutta määrittävät myös tutkittavan terveydentila, toimintakyky ja elämäntietäminen. Myös muut hoidontarpeet huomioidaan.

Henkilö saa lähetteet mahdolliseen hormonihoidon aloitukseen (M-to-F ja F-to-M), rintakehän maskulinisaatioleikkaukseen vuoden hormonihoidon jälkeen (F-to-M) tai rintojen feminisaatioleikkaukseen noin 2 vuoden hormonihoidon jälkeen (M to F), foniatrialle ääniterapiaan ja kilpiruston höyläyksen/äänihuulten operaation arvioon (M-to-F) sekä partakarvojen epilaatioon (M-to-F).

STM038:00/2017

Tosielämän seurantavaiheessa potilas elää koetun sukupuolen mukaisessa roolissa. Tosielämän seurantavaiheen aikana järjestetään vähintään kaksi sairaanhoitajan seurantatapaamista sukupuoli-identiteetin tutkimuspoliklinikalla.

b. Muunsukupuolisuus

Jos tutkimusjakson yhteenvedona päädytään diagnoosiin muunsukupuolisuus F64.8, voidaan potilas lähettää maskulinisoivan tai feminisoivan hormonihoidon arvioon ja yleensä lyhytaikaisen toteutuksen aloitukseen, syntymässä naiseksi määritetyt rintojen muovausleikkaukseen naissukupuolta ilmentävien muotojen häivyttämiseksi, kasvojen epilaatiohoitoon tai foniatrialle.

4. Oikeudellinen sukupuolen vahvistaminen ja sukelinkirurgia transsukupuolisille

Tosielämänvaiheen jälkeen seuraa sen toteutumisen arvio psykiatrilla. Onnistuneen tosielämänvaiheen (mm. toimintakyky ja hyvinvointi huomioidaan) jälkeen psykiatri laatii todistuksen maistraatille sekä tarvittaessa todistuksen sukelinkirurgiaa varten, lisäksi pyydetään lisääntymiskyvyttömyydestä todistus gynekologilta. Sen jälkeen potilas lähetetään TAYS Transpolille second opinion -arviota varten, josta suotuisassa tilanteessa laaditaan sama todistus. Kun potilas on saanut molemmilta työryhmiltä (HUS ja TAYS) lausunnon juridista sukupuolen vahvistusta varten, ja gynekologilta lausunnon lisääntymiskyvyttömyydestä, hän voi hakea Maistraatista juridisen sukupuolen vahvistuksen koetun sukupuolen mukaiseksi.

Arviojakso HUS:in sukupuoli-identiteetin tutkimuspoliklinikalla päättyy. Transsukupuolisten henkilöiden hormonihoidon seuranta siirretään perusterveydenhuoltoon.

Mikäli potilaalla on tavoite sukelinkirurgiasta, otetaan siihen kantaa juridisen sukupuolen vahvistamista edeltävästi erillisellä lausunnolla ja myöhemmin, varsinaista kirurgian lähetettä laadittaessa, tapana on liittää molempien yksiköiden psykiatrian lausunnot kirurgian lähetteeseen. Jos sukelinkirurgia ei ole ollut ajankohtaista heti juridisen sukupuolen vahvistamisen jälkeen, mutta ajankohtaistuisi tavoitteena myöhemmin, tehdään lähettävästä yksiköstä psykiatrin toimesta uusi leikkaukselpoisuusarvio ja pyydetään tästä myös toisen yksikön second opinion lausunto. Lisäksi Töölön plastiikkakirurgien sekä tutkivien yksiköiden kesken käydään säännöllisesti neuvotteluja, mikäli edellisestä psykiatrisesta arviosta on kulunut vuosi ja tarvitaan mahdollisesti uusi psykiatrinen arvio tai jos kirurgisessa arviossa on herännyt huoli, joka edellyttää uutta psykiatrin arviota.

STM038:00/2017

Taulukko 1. Tutkimusjakson kuvaus HUS:ssa

Lähetee	Tutkimusjakso	Tosielämänvaihe	Tosielämän- vaiheen arvio	Second opinion	
	(noin 12kk)	(vähintään 12kk)			
	Ensikontakti:				
	Hoitopuhelu (sh tai lääkäri)				
	Ensimmäinen tutkimuskäynti (sh tai lääkäri)	Potilas elää omaksi kokemansa sukupuolen sosiaalisessa roolissa	Lääkärin tapaaminen	Käynti TAYS:in transpoliklinikalla	Juridinen sukupuolen vahvistaminen
	Sairaanhoitajan käynnit				
	1-3 käyntiä				
	- potilaan informointi	Seurantakäynnit	Lausunnot sukupuolen vahvistamista ja sukelinkirurgiaa varten	Lausunnot sukupuolen vahvistamista ja sukelinkirurgiaa varten	Sukuelinkirurgia
	- ajankohtainen vointi ja toimintakyky	sairaanhoitajalla (vähintään 2)			
	- elämäntilanteen selvittely				
	- elämäntilanteen tiedot	Hormonihoidon toteutus			
	- psykiatrinen anamneesi		Lähetee TAYS:in transpoliklinikalle		Rintakehä-kirurgia
	Psykiatrinen haastattelu, soveltuvin osin SCIDI ja SCID II 1-2 käyntiä	Rintakehäkirurgia (maskuliinisaatio, feminisaatio)			
	Psykologin tutkimukset		Gynekologilta lausunto lisääntymiskyvystä		
	1-3 käyntiä				
	Sosiaalityöntekijän konsultaatio tarvittaessa	Foniatri: ääniterapian, kilpiruston höyläyksen ja äänihuulten operaation tarpeen arvio			
	Läheistapaaminen				
	Hoitosuunnitelma-				
	kokous (hoitaja, lääkäri)	Partakarvojen epilaatio			

STM038:00/2017

5.1.2. TAYS:in hoitoprosessi

TAYS:n hoitoprosessi vastaa oleellisilta osin HUS:in prosessia. Keskeiset erot on kuvattu alla.

Jos lähetteen perusteella herää huoli potilaan voinnista ajatellen tutkimusjakson oikea-aikaisuutta, järjestetään etäpalaveri potilaan ja lähettävän tahon kanssa.

Sairaanhoitajan tai sairaanhoitaja ja lääkäri ensitapaamisella tehdään ajankohtainen tilanpäivitys ja kuullaan identiteettikokemuksesta, tiedotetaan käytännöistä ja tehdään alustava suunnitelma tutkimusjakson tarpeellisesta sisällöstä. Sosiaalityöntekijä kokoaa elämänkaaren kahden käynnin aikana.

Psykologin tutkimusta ei välttämättä tehdä (tapauskohtainen arvio), jos sellainen on vuoden sisällä tehty eikä siinä ole ilmennyt huolta herättävää.

Transtyöryhmällä on mahdollisuus konsultoida yleissairaalapysykiatrin poliklinikan traumoihin erikoistunutta asiantuntijaa ja neuropsykiatrisen työryhmän asiantuntijaa, mutta TAYS:lla ei ole mahdollisuutta tarjota maksusitoumuksella terapiaa kuten HUS:ssa.

Toisin kuin HUS, TAYS ei ole edellyttänyt rintakehäkirurgioissa edeltävää hormonihoitoa. Rintakehäkirurgian BMI raja on hieman korkeampi TAYS:ssa (32) kuin HUS:ssa (30). Rintakehään kohdistuvia toimenpiteitä tehdään myös kotipaikkakunnan sairaanhoitopiirin sairaalassa.

5.2. Alaikäisten hoitoprosessi

Alle puberteetti-ikäisten kohdalla konsultaatio on mahdollinen, mutta koska fyysisiin hoitoihin ei ryhdytä, mahdolliset sukupuolen kokemukseen liittyvät (ja muut) tuen tarpeet hoidetaan kotikunnan ja tuen tarpeen sisällön mukaisissa palveluissa. Alaikäisten puberteetissa olevien tutkimukset noudattavat pääpiirteissään aikuisten tutkimusten linjoja, kuitenkin täydennettynä iän ja kehitystason vaatimilla laajemmilla arvioilla.

HUSi:ssa ja TAYS:ssa 13-17-vuotiaiden hoitoprosessi on seuraavanlainen.

1. Konsultaatiot

Jo ennen lähetteen laatimista molempia yksiköitä voi konsultoida tutkimuksen oikea-aikaisuudesta. Konsultaatio toteutetaan yhdessä potilaan lähettävän yksikön, potilaan ja huoltajien kanssa etävastaanottona tai puhelinkonsultaationa.

2. Alkuarviokäynti

STM038:00/2017

Alkuarvioinnin tavoitteena on kartoittaa, onko tutkimusjakso oikea-aikainen. Ennen käyntiä pyydetään kirjallinen lupa tutustua aikaisempiin potilasasiakirjoihin. Nuoruusiän kehitystä ja/tai toimintakykyä uhkaavat psyykkiset häiriöt pyritään tunnistamaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ja tarvittaessa ohjataan nuori ensisijaisesti tarvitsemansa hoidon piiriin. Arviointikäynnille pyydetään lähtökohtaisesti aina mukaan nuoren lähihuoltaja/-huoltajat.

3. Tutkimusjakso

Vanhempien/hoitajien osallistuminen tutkimusjaksoon on yleensä edellytys tutkimusjakson etenemiselle. Tutkimusjakso alkaa perhetapaamisilla, koska pyrkimys avoimen vuorovaikutuksen ja yhteisen ymmärryksen vahvistumiseen, sekä ristiriitojen ehkäisyyn, on nuoren etu. Riittävän hyvä toimintakyky ja vakaat kasvuolosuhteet ovat edellytys sille, että nuori voi rauhassa keskittyä oman sukupuolisuutensa pohtimiseen ja tarvittaessa tehdä päätöksiä sukupuolenkorjaushoidoista, jotka koskettavat häntä lopun elämän ajan.

Historiankartoituskäyntien tavoitteena on muodostaa mahdollisimman selkeä käsitys nuoren kasvusta ja identiteettikehityksestä, sekä kehittyvästä suhteesta seksuaalisuuteen ja sukupuoleen.

Psykologin tutkimusten tarkoituksena on kartoittaa nuoren tunne-elämän ja identiteetin kehitystä, sekä nuoren psykologista ikätasoista kypsyyttä. Myös kognitiivisia testejä voidaan tehdä harkinnan mukaan.

Tutkimusjakso koostuu moniammatillisesta työskentelystä. Kun tutkimusjakso on riittävän pitkällä, tehdään somaattinen arviointi ja tutkimus iästä, biologisesta sukupuolesta ja fyysisestä kehitystasosta riippuen nuorisopsykiatrin läheteellä joko lastentautien erikoislääkärin tai nuorisogynekologin vastaanotolla.

Jos vointi huononee tutkimusjakson aikana, tulee muu psykiatrinen hoito priorisoida ja tutkimusjakso tauotetaan. Tutkimusjaksoa jatketaan, kun toimintakyky on riittävän vakaa.

Tutkimusjakso päättyy, kun historiankartoitus, psykologiset tutkimukset ja somaattinen arviointi sekä tutkimukset on toteutettu. Tutkimusjakson päätteeksi asetetaan alustava diagnoosi.

4. Tosielämän vuosi

Jos sukupuoli-identiteetti on vakiintunut, hormonaalisten hoitojen aloittamiselle jo nuoruusiässä ei ole vasta-aihetta, mikäli oman biologisen sukupuolen mukaisen murrosiän kehitys on käynnistynyt. Hormonaaliset hoidot toteutetaan somaattisen tutkimuksen ja arvioinnin perusteella nuorisogynekologin vastaanotolla. Hormonaalisten hoitojen psyykkisen vasteen seuranta toteutetaan nuorten sukupuoli-identiteettitutkimustyöryhmässä tarvittavalla tiheydellä, noin kerran kuukaudessa.

5. Diagnoosin juridinen vahvistaminen

Jos nuoren kokonaistilanne todetaan vakaaksi ja elämänlaatu kohentuneeksi vähintään vuoden seurannan aikana, diagnoosin juridisen vahvistamisen arviointi toteutetaan vastaavassa sukupuoli –identiteetin

STM038:00/2017

tutkimusyksikössä (HUS tai TAYS, ns second opinion). Sukupuolen juridisen vahvistamisen arviointi on mahdollinen täysi-ikäisille. Tämän jälkeen myös sosiaaliturvatunnuksen vaihtaminen sukupuolikokemusta vastaavaksi mahdollistuu.

Nuorisopsykiatrin kannanotto sukelinkirurgiaan on mahdollinen täysi-ikäisille. Nuoret ovat juridiseen sukupuolen vahvistamiseen ja/tai sukelinkirurgisiin hoitoihin saakka nuorten sukupuoli-identiteetin työryhmien seurannassa, mutta samanaikaisen psykiatrisen häiriön hoito tulee järjestää asian vaatimalla tavalla asuinpaikan mukaisissa palveluissa.

5.3. Sukupuoliominaisuuksia muuttavat lääkkeelliset hoidot

5.3.1. Aikuiset

Transsukupuolisille henkilöille hormonihoidon aloitus on yleensä tärkein yksittäinen hoito sukupuolenkorjausprosessissa. Feminisoivien ja maskulinisoivien hormonihoidojen aloitus tapahtuu endokrinologiaan ja lisääntymislääketieteeseen perehtyneen gynekologin toimesta HUS:n lisääntymislääketieteen yksikössä ja TAYS:n hormoni- ja lapsettomuuspoliklinikalla, jonne potilaat tulevat transpoliklinikan psykiatrin läheteellä. Joskus potilas tulee pelkästään saamaan tietoa hormonilääkityksestä, eikä lääkitystä ole vielä tarkoitus aloittaa.

Transnaisten hormonihoido koostuu estrogeeni- ja antiandrogenilääkityksestä. Etinyyliestradiolia eli perinteisiä e-pillereitä ei ole käytetty transnaisten lääkityksenä yli 15 vuoteen niiden erityisen korkean laskimotukosriskin vuoksi. Antiandrogeninä käytetään joko spironolaktonia tai syproteroniasetaattia. GnRH-analogia käytetään Suomessa erittäin harvoin aikuispotilailla mm. sen kalliin hinnan vuoksi. Tarvittaessa hiustenlähtöön voidaan käyttää testosteroni-5 α -reduktaasi lääkitystä. Ennen hormonihoidon aloitusta tarkistetaan lähtötilanteen verikokeet ja lääkityksen seurantaan liittyy verikoeseuranta. Estrogeenihoito on elinikäinen. Antiandrogenihoitoa käytetään siihen asti, kunnes kivekset on poistettu, mutta osa transnaisista ei halua kivesten poistoa. Vaginoplastiaa toivoo selvästi alle puolet potilaista.

Transmiesten lääkitykseksi aloitetaan testosteroni. Yleensä kuukautiset loppuvat tällä lääkityksellä, joskus alkuun tarvitaan keltarauhashormonia amenorrean saavuttamiseksi. GnRH-analogia ei yleensä käytetä. Kuukautisten poisjäämisen lisäksi myös ääni madaltuu ja karvoitus lisääntyy.

Ensikäyntiä seuraavat kontrollit ovat yleensä 6 kk, 1 vuoden ja 2 vuoden kuluttua. Perussairaudet ja hoidon aikaiset ongelmat voivat vaatia tiheämpää seurantaa. Ongelmatilanteissa potilaat voivat olla yhteydessä poliklinikkaan. Potilaat ovat lyhyimmillään seurannassa noin 3 vuotta, jona aikana löydetään sopiva hormonihoido ja suurin osa kehon muutoksista ehtii tapahtua.

STM038:00/2017

Muunsukupuolisille transmaskuliineille voidaan aloittaa pieniannoksinen testosteronihoito ja /tai kuukautiset lopettava keltarauhashormonihoito. Muunsukupuolisille transfeminiineille voidaan käyttää matala-annoksista estrogeenihoitoa tai pelkkää antiandrogeeniä. Osa muunsukupuolisista ei keskustelujen jälkeen halua mitään hormonihoitoa, mutta on tyytyväinen vastaanotolla saamaansa tietoon. Pieni osa muunsukupuolisista kokee vastaanottokäynnin jälkeen suurta tyytymättömyyttä, koska heidän toiveensa täyttävää hormonihoitoa ei ole olemassa.

Avoterveydenhuollossa hormonihoitoa tulee seurata potilaan koko loppuikä (Das 2019). Iän myötä kontrollikäynneistä tulee yhä tärkeämpiä. Erityistä huomiota kiinnitetään sydän- ja verisuonitautiriskiin. Potilasta tulisi kannustaa tupakoinnin välttämiseen ja normaalipainoisuuteen. Transmiesten seurantatutkimuksissa on todettu HDL-kolesterolin lasku ja osassa LDL-kolesterolin nousua, mutta kyseessä on niin pieni muutos, että sen kliinisen merkityksen katsotaan olevan vähäinen. Pahanlaatuisten kasvainten riski ei ole seurantatutkimusten mukaan kohonnut transmiehillä eikä -naisilla.

Transmiehet, joilla kohtua ei ole poistettu, tulisi ohjeistaa osallistumaan kohdunkaulansyövän seulontoihin normaaliin tapaan huomioiden, etteivät he miehen henkilötunnuksella saa virallisia joukkoseulontakutsuja. Transnaisten tulisi osallistua iänmukaisiin rintasyöpäseulontoihin.

5.3.2. Lapset ja nuoret

Tytöillä puberteetti alkaa keskimäärin 9-11 vuoden iässä. Pojilla puberteetti alkaa hiukan myöhemmin, keskimäärin noin 12-vuotiaana. Yksilöllinen vaihtelu puberteetin aikataulussa on molemmilla sukupuolilla suurta. Kun puhutaan puberteetin jarruttamishoidosta, on tärkeä ymmärtää, että puberteettia ei voi jarruttaa ennen kuin se on käynnistynyt eikä liioin enää siinä vaiheessa, kun sekundaariset sukupuoliominaisuudet ovat jo täysin kehittyneet.

Varhaisnuorilla, joilla identifioituminen vastakkaiseen sukupuoleen on puberteetin käynnistyttyä säilynyt ja sukupuoliyhdistys on vaikeutunut ja joilla ei todeta varhaisen intervention vasta-aiheita, voidaan kansainvälisten suositusten mukaisesti puberteettikehitystä jarruttaa GnRH-analogeilla biologisen sukupuolen mukaisten sekundaaristen sukupuoliominaisuuksien kehittymisen estämiseksi. Hoidon arvio ja toteutus tapahtuu psykiatrisen tutkimuksen perusteella lastenendokrinologin vastaanotolla. Tehokkain vaste hoitoon saadaan, jos se aloitetaan rinnan/kiveksen kehityksen ollessa Tannerin asteella 2. Tämä saavutetaan tytöillä keskimäärin 10,7 ja pojilla 11,5 vuoden iässä. Myöhemmin 13-16 vuoden iässä aloitetulla GnRH-analogihoidolla saadaan estettyä oma sukupuolen hormonitoiminta, mutta sekundaarisiin sukupuoliominaisuuksiin ei enää saada vaikutusta, eli puberteettimuutokset ovat jo tapahtuneet. Valtaosalla tytöistä myös kuukautiset ovat tällöin jo alkaneet.

Nuorten hormonihoito aloituksesta ja seurannasta vastaa asiaan perehtynyt nuorisogynekologi, nuorisopotilaat hoidetaan nuorisopsykiatrin arvion jälkeen samalla poliklinikalla kuin transpoliklinikan

STM038:00/2017

ohjaamat aikuispotilaat. Muuntava hormonihoito (testosteroni/estrogeeni ja antiandrogeeni) aloitetaan aikaisintaan 16 ikävuoden jälkeen. Hormonihoito aloitetaan samoilla valmisteilla kuin aikuisillakin, mutta pienemmillä annoksilla ja annoksia hitaammin nostaen puberteettiasteesta riippuen. Lisäksi alle 18-vuotiaille aloitetaan usein 3-6 kuukautta ennen muuntavaa hormonihoitoa GnRH analogihoito, joka estää omien sukurauhasten hormonitoiminnan. Tämän avulla muutokset tapahtuvat pienemmillä hormoniannoksilla.

5.4. Sukupuoliominaisuuksia muuttavat kirurgiset hoidot

Kirurgisia toimenpiteitä arvioitaessa keskeistä on huomioida, että leikkaustoimenpiteet kohdistuvat terveisiin kudoksiin ja lopputulokseen vaikuttaa aina arpikudoksen muodostuminen, mahdolliset tuntuuutokset ja ulkoisten sukuelinten osalta lopputulos on myös toiminnallisesti huonompi. Ulkoisiin sukuelimiin kohdistuvilla kirurgisilla toimenpiteillä pyritään muuttamaan sukuelinten ilmiä koetun sukupuolen mukaiseksi. Tällöin syntymässä määritettyä sukupuolta ilmentävät sukuelimet poistetaan.

Sukupuolielinten korjausleikkaukseen ryhdytään täysi-ikäisen potilaan vakaan toiveen seurauksena edellyttäen, että hän ymmärtää kirurgiaan liittyvät riskit, toimenpiteen peruuttamattomuuden ja on henkisesti sekä ruumiillisesti leikkaukelpoinen. Moniammatillisessa tiimissä pyritään tunnistamaan etukäteen ne potilaat, jotka hyötyisivät psykiatrisen tuen lisäämisestä. Millään kirurgisella menetelmällä ei päästä täydelliseen toivottuun sukupuolta vastaavaan tulokseen, ja valmista tulosta ei saavuteta kerralla. Paraskin kirurginen tulos edellyttää merkittävien riskien ja pysyvien arpien, tuntuuutosten sekä toimintahäiriöiden hyväksymistä (Kolehmainen ja Suominen 2015).

5.4.1. Miehestä naiseksi

Hormonihoito aiheuttaa jo rintarauhasten kasvua ja feminisoitumista. Nuorena aloitettu hormonihoito voi ainoana toimenpiteenä aikaansaada riittävän rintojen kasvun. Kirurgisena toimenpiteenä muotoillaan rinnan alaosa rasvansiirteellä. Jos tämä ei riitä (epäsuhta rintakehän kokoon nähden, rinta ei kehity hormonihoitoaikana lainkaan), voidaan poikkeustilanteissa rintoja suurentaa kielekettä tai implanttia käyttäen. Implanttiin liittyy paljon pitkäaikaiskomplikaatioita (kapselikontraktuura, lymfoomarisiki) ja se voidaan joutua vaihtamaan useampaan kertaan.

Sukuelinkirurgisiin toimenpiteisiin kuuluvat ulkoisten sukuelinten korjaus siten, että ensin poistetaan molemmat kivekset. Siittimen varsi paisuvaisineen poistetaan lähes kokonaan mutta virtsaputkea ympäröivää paisuvaiskudosta ei voida kokonaan poistaa. Terskasta muotoillaan klitoris. Kivespussien ihosta muodostetaan häpyhuulet ja peniksen ihosta muodostettu tuppi viedään virtsaputken ja peräsuolen väliin tehtyyn onteloon. Muodostetun emättimen laajennushoito on osalla tarpeen noin puolitoista vuotta.

STM038:00/2017

Eturauhasta ei poisteta ja siihen liittyy pieni eturauhassyövän riski. Eturauhanen on myös muistettava mahdollisesti ilmaantuvien virtsaamisongelmien syynä.

5.4.2. Naisesta mieheksi

Rintakehäkirurgisena toimenpiteenä on rintojen maskulinisaatio, josta aiemmin on käytetty termiä mastektomia. Hormonihoidon avulla useimmille kehittyy miestyypinen rintakarvoitus. Plastiikkakirurgien kliininen kokemus on, että varsinkin nuorten kannattaa käyttää hormoneja useita vuosia, jolloin lihassassa kasvaa ja rintojen maskulinisaatioon tarvitaan pienempi leikkaus, josta seurauksena on myös pienemmät arvet. Kirurgisina toimenpiteenä pienirintaisille riittää nännipihan läpi tai myötäisesti tehty rauhasen keskiosan poistoleikkaus. Isommissa rinnoissa saatetaan joutua laajempaan leikkaukseen ja nännipihan siirtoon. Myös miehellä on rintarauhasta ja sitä jätetäänkin myös transmiehelle.

Emättimen poisto eli vaginektomia tehdään nykyään sisäisten sukuelinten poiston yhteydessä laparoskopia-avusteisesti. Tämä on vähentänyt komplikaatioiden määrää.

Ulkoisten sukuelinten osalta käytössä on yksilölliset rekonstruktiot mahdollistavia leikkausmenetelmiä. Menetelmään vaikuttaa henkilön ruumiinrakenne ja parhaimmillaankaan tulos ei vastaa miehen genitaaleja ulkonäön, tunnon tai toiminnan suhteen. Leikkausalueelle jää aina arpea ja kiristystä. Metaidoioplastiassa klitoriksesta muotoillaan mikropenis potilaan omia genitaalialueen kudoksia käyttäen. Tulos on anatomisesti miehen genitaaleja muistuttava, mutta penis jää pieneksi. Suomessa lähes kaikki ovat myöhemmin halunneet falloplastian. Falloplastiassa rakennetaan virtsaputkellinen penis kielekkeitä käyttäen. Kivespussi muotoilla häpyhuulista ja niihin asennetaan toisessa leikkauksessa kivesproteesit potilaan niin toivoessa. Falloplastian jälkeinen sairaalahoito kestää viikkoja ja toipilasaika kuukausia. Lopullisen hoitotuloksen saavuttaminen voi viedä vuosia ja erilaiset virtsaputken fisteli- ja ahtaumariskit ovat yleisiä.

5.4.3. Muunsukupuoliset

TAYS:sa on ollut mahdollista saada rintojen muovaus, HUS:ssa vuodesta 2019 tutkimusasetelmassa. Mastektomian sijaan muunsukupuolisille tulee tehdä rintojen muovausleikkaus, jossa häivytetään rintojen naissukupuolta ilmaisevat ominaisuudet. Leikkaus on teknisesti vastaava kuin transsukupuolisille tehtävä maskulinisaatio. Osalle riittää rintojen pienennys.

5.5. Hedelmällisyyden säilyttäminen

Transnaisilla on mahdollisuus siemennesteen pakastukseen sekä HUS:ssa että TAYS:ssa. Transmiesten munasolupakastus on mahdollista TAYS:ssa (johtajaylilääkärin päätös 9/2018).

STM038:00/2017

5.6. Psykososiaaliset hoitomuodot

Psykososiaalisista hoitomuodoista voivat hyötyä hyvin eri tilanteissa olevat henkilöt. Osa vasta pohtii sukupuoli-identiteettiään ja sukupuoli-identiteettiin liittyvä epävarmuus voi kestää pitkään. Mikäli henkilö kuvaa kärsivänsä sukupuoli-identiteettinsä ja kehonsa välisestä ristiriidasta, tai pohtii lähetteen hakemista sukupuoli-identiteetin tutkimuksiin, on tälle teemalle tärkeä antaa tilaa olemassa olevassa hoitosuhteessa, kuten esimerkiksi psykiatrian poliklinikalla tai lasten ja nuorten kohdalla koulu- ja opiskelijaterveydenhuollossa tai lasten- ja nuorisopsykiatrian palvelujärjestelmissä.

Osa toivoo psykososiaalista hoitoa kehon korjaushoitojen rinnalle esimerkiksi tueksi sosiaaliseen ulostuloon liittyviin asioihin tai pärjäämiseen maailmassa, joka usein perustuu kaksijakoiseen sukupuolikäsitykseen. Hoidon tavoitteisiin kuuluu mm. itsensä tiedostaminen ja hyväksyminen sekä psyykkisen sopeutumisen ja mielen joustavuuden vahvistuminen. Nykytutkimuksen valossa katsotaan, ettei aikuisen vakiintunut sukupuoli-identiteetti ole muutettavissa psykoterapian keinoin

HUS:n omana toimintana järjestetään psykoedukaatio sekä läheistapaaminen tutkimusjakson aikana, samoin psykofyysinen fysioterapia sekä joillekin kuvataidepsykoterapia.

HUS:n transpoliklinikan kautta on mahdollista saada 5-10 kerran maksusitoumus transsensitiiviseen terapiaan ja 10-20 kerran maksusitoumus Autismisäätien seksuaaliterapiaan. Ostopalvelupsykoterapiaan voidaan lähettää henkilöt, joilla on jokin hoidettava psykiatrinen häiriö. Heidän hoitoon ohjaaminen tapahtuu normaalin ostopalvelupsykoterapian käytännön mukaisesti, samoin kuin nettiterapiaan ohjaus.

Alaikäisten tutkimukseen kuuluu aina psykoedukatiivinen interventio nuorelle ja vanhemmille. Alaikäiset tutkittavat ohjataan tarvittaessa esille tulevan psykiatrisen ongelman mukaiseen psykiatriseen hoitoon oman alueensa palveluihin. Lastensuojelullisten tarpeiden ilmetessä suoritetaan asianmukaiset sosiaalihuollon kontaktiin ohjaamiset ja tarvittaessa tehdään lastensuojeluilmoitus.

Sukupuoli-identiteettiin liittyvää psyykkistä kärsimystä tulee hoitaa yksilöllisesti tilanteen edellyttäessä myös muiden terveystalvueluita tuottavien organisaatioiden kautta. Keskeiset hoidon tarpeen arvioijat ja palvelujen järjestäjätahot ovat:

- o terveyskeskusten palvelut: keskusteluhoito ja ryhmät, psykososiaalinen tuki, laihtuksen tukeminen
- o koulu- ja opiskeluterveydenhuolto: keskusteluhoito ja psykososiaalinen tuki
- o Kotikunnan ja oman alueen lasten- ja nuorisopsykiatriset palvelut: keskusteluhoito, ryhmät, psykoterapia ja psykososiaalinen tuki, neuropsykologinen kuntoutus

STM038:00/2017

- o psykiatrian poliklinikka: keskusteluhoito, ryhmät ja psykoterapia, psykososiaalinen tuki, neuropsykologinen kuntoutus

5.7. Muut lääketieteelliset hoidot

5.7.1. Epilaatiohoidot parta-alueelle

HUS:n plastiikkakirurgisessa yksikössä on kokemusperäisesti päädytty antamaan 5 riittävän syvää hoitokertaa minimissään 6 viikon välein, jolloin myös uinuvat partakarvat tulevat hoidetuksi. Noin 80 %:lle tämä on riittävä hoitokertojen määrä ja vain pieni osa tarvitsee lisäksi 2 hoitokertaa 6 kuukauden välein. TAYS antaa maksusitoumuksen 10 hoitokertaan eikä hoidon syvyyttä ole määritetty.

Valtakunnallisesti ihotautipoliklinikat järjestävät epilaatiohoidot, mutta laserlaite on vain muutamassa, joten hoidot toteutetaan yleensä maksusitoumuksella. Pinnallinen laserhoito ei ole riittävä partakarvoituksen pysyvän kasvun estämiseksi. Jos hoito on pinnallinen, voi epilaatiohoitojen tarve jatkua useiden vuosien ajan ja keskimäärin 6 viikon välein. Hormonihoito parantaa epilaation tuloksia. Jos hormonihoitoa ei voida toteuttaa, voidaan joutua antamaan lisäepilaatioita.

Vaniqa- voide kasvojen iholle on tehoton ja kallis, potilas maksavat sen itse.

5.7.2. Puheterapia (pääsääntöisesti transnaiset).

Yliopistosairaaloiden foniatrian poliklinikat vastaavat hoidosta. HUS antaa 10 kerran maksusitoumuksen yksityiselle puolelle. TAYS antaa keskimäärin 3 kertaa yksilöterapiata (joskus lisäkontrollikäyntejä) ja lisäksi Tampereella toimii transpotilaiden ääniryhmä 6 kertaa vuodessa. Puheterapiaa toteutetaan mahdollisuuksien mukaan myös kotipaikkakunnalla.

5.7.3. Seksuaaliterapeutti

HUS:lla on mahdollisuus ohjata transsensitiiviseen terapiaan, osalla terapeuteista on myös seksuaaliterapian koulutus. TAYS:n työryhmässä on seksuaaliterapeutti, joka voi tarvittaessa tavata potilaan muutaman kerran. Potilaita ohjataan myös Sexpon palveluihin.

5.8. Apuvälineet

Tällä hetkellä transpoliklinikoilla ei ole vakiintunutta käytäntöä apuvälineiden luovuttamisen suhteen. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen 29§:n mukaan kunnan on järjestettävä potilaan sairaanhoitoon liittyvä lääkinällinen kuntoutus, johon kuuluvat myös apuvälinepalvelut. STM:n asetus 1363/2011 määrittää tarkemmin lääkinällisen kuntoutuksen apuvälineiden luovutusperiaatteet. Lääkinällisen kuntoutuksen apuvälineiden

STM038:00/2017

luovutuksen edellytyksenä on sellainen lääketieteellisin perustein todettu sairaus, vamma tai kehitysviivästymä, joka heikentää potilaan toimintakykyä ja vaikeuttaa hänen itsenäistä selviytymistään. Lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineinä luovutettavien välineiden, laitteiden, tarvikkeiden, tietokoneohjelmien sekä muiden ratkaisujen tarkoituksena on edistää potilaan kuntoutumista, tukea, ylläpitää tai parantaa toimintakykyä jokapäiväisissä toiminnoissa taikka ehkäistä toimintakyvyn heikentymistä. Apuvälineen tarve on arvioitava käyttäjälähtöisesti, oikea-aikaisesti ja yksilöllisesti. Tarpeen arvioinnissa on otettava huomioon potilaan toimintakyky, elämäntilanne ja elinympäristön apuvälineen toimivuudelle asettamat vaatimukset (STM 2018).

Tämän suosituksen käynnistämänä selvitettiin sukupuoli-identiteetin dysforiasta kärsivien mahdollisesti tarvitsevien apuvälineiden luovutusperusteet. Sukupuolielämän apuvälineiden hankinta edellyttää asiaan perehtyneen erikoislääkärin tai erikoislääkärin ja seksuaaliterapeutin arvioinnin tarvittavasta apuvälineestä. Hankittavien laitteiden tulee täyttää yleiset apuvälineiden luovutusperusteet ja lääkintälaitedirektiivin mukaiset CE merkinnät.

Mahdollisia apuvälineitä ovat

5.8.1. Peruukki

Peruukki hankitaan yleensä iho- ja/tai syöpäsairaalle asiakkaalle, jolla on laaja-alaista hiustenlähtöä sairaudesta tai hoidoista johtuen joko tilapäisesti tai pysyvästi. Ikääntymiseen liittyvän kaljuuntumisen vuoksi peruukkeja ei luovuteta lääikinnällisen kuntoutuksen apuvälineenä.

Peruukkeja luovutetaan yleensä yksi peruukki/vuosi huomioiden peruukin kunto ja kuluminen. Yksilöllisestä tarpeesta esim. työolosuhteista (maatalous-, puu-, metalli- ja autoalan työ ym.) tai muusta hyvin perustellusta syystä johtuvan peruukin kulumisen vuoksi voidaan luovuttaa tarvittaessa enemmän kuin yksi peruukki/vuosi. Tarvearvio palveluvalikoimasta poikkeavan peruukin hankintaan tehdään kyseisellä erikoisalalla. Peruukin korjaus ja huoltaminen korvataan lääikinnällisenä kuntoutuksena. Peruukin pesuvälineitä tai leikkausta kampaajalla ei korvata lääikinnällisenä kuntoutuksena.

Peruukin hankinta lääikinnällisen kuntoutuksen apuvälineenä voi tulla yksilöllisesti kyseeseen transnaiselle, jolla on laaja-alaista hiusten lähtöä/ kaljuuntumista samoin perustein kuin esimerkiksi alopekiassa.

5.8.2. Rintakehään vaikuttavat apuvälineet

Rintaproteesia voidaan harkita tosielämän kokeiluvaiheessa. Transnaisilla rintaproteesi voi yksilöllisesti tulla kyseeseen, jos hormonihoiton aikainen rintojen muutos ei ole riittävä eikä rintojen feminisaatioleikkaus ole jostain syystä ole mahdollinen.

STM038:00/2017

Binderit ovat painevaatteita ja niitä voidaan harkita yksilöllisesti transmiehillä leikkauksen vaihtoehtona, jos se on lääketieteellisesti perusteltua.

5.8.3. Sukupuolielämän apuvälineet

Sukupuolielämän apuvälineillä voidaan kompensoida tai helpottaa vamman tai sairauden aiheuttamaa seksuaalisen toimintakyvyn muutosta. Mikäli asiakkaalla on toimintakyvyn ongelmia sukupuolielämän toiminnoissa, voi hän hakeutua omakustanteisesti seksuaalineuvojan vastaanotolle ja hankkia tarvitsemansa tuotteet. Seksuaalineuvoja antaa tarvittavaa neuvontaa ja ohjausta yksilöllisesti asiakkaan erityistarpeet huomioiden (onko parisuhteessa, ikä, asiakkaan omat toiveet jne.). Seksuaalineuvoja voi tarvittaessa ohjata asiakkaan seksuaaliterapeutille.

Sukupuolielämän apuvälineiden luovutusperiaatteita päivitetään tämän suosituksen valmisteluna aikana. Sukupuoli-identiteetin variaatioiden dysforian hoidossa mahdollisia apuvälineitä transmiehille ovat penisproteesi, joka mahdollistaa pystyasennossa virtsaamisen ja erektioproteesi.

5.8. Tilastotietoa

Alla esitetetään erikseen HUS:in ja TAYS:in potilasrekisteritietojen mukaiset vuosittaiset lähetemäärät sekä eri poliklinikoiden konsultaatio- ja käyntimäärät.

5.8.1. Lähetteet ja yleistilastot

HUS

Taulukossa 2 on esitetty vuosien 2007-2018 osalta seuraavat tiedot. ”Ulkoiset lähetteet kaikki” sarakkeessa on saapuneiden lähetteiden kokonaismäärä. ”Uudet” sarakkeessa on eritelty, kuinka monta saapuneista lähetteistä on uusia potilaita eli TAYS:sta second opinion –arvioon saapuneet on poistettu lähetteiden kokonaismäärästä. ”Potilaiden määrä” sarakkeessa ’Psykiatria Akuutti ja Konsultaatio’ osassa on kaikki vuoden aikana psykiatrian kirjoilla olleet F64.0, F64.8 ja F64.9 diagnooseilla olleet potilaat. F64.9 diagnoosit ovat pääosin niitä, joilla tutkimusjakso on kesken. Kirjoilla olevien potilaiden määrä on suurempi kuin lähetteiden määrä, sillä potilaat voivat olla kirjoilla yli 2 vuoden ajan tutkimusjakson ja tosielämän vaiheen vuoksi.

Potilaiden määrä plastiikkakirurgia sarakkeessa on kaikki F64.0 ja F64.8 diagnoosein plastiikkakirurgian kirjoilla olleet ja gynekologia- sarakkeessa F64.0 ja F64.8 diagnoosilla kirjoilla olleet. Plastiikkakirurgian ja gynekologian kirjoilla ei ole F64.9 diagnoosilla olevia, koska heitä ei lähetetä hoitoihin tutkimusjakson ollessa kesken.

STM038:00/2017

Taulukko 2. HUSin sukupuoli-identiteetti tutkimuspoliklinikan yli 18-vuotiaiden potilaiden määrät

vuosi	ulkoiset läheteet SITPKL		Potilaiden määrä päädiagnoosilla F64.0/F64.8							
	Kaikki	Uudet	Psykiatria Akuutti- ja Konsultaatio				Gynekologia (hormonihoidot)		Plastiikka- kirurgia	
			F64.0	F64.8	F64.9	kaikki yht	F64.0	F64.8	F64.0	F64.8
2007		15								
2008		39								
2009		67								
2010	106	57	138	1	139	139	117	0	153	1
2011	112	99	159	2	156	156	141	2	189	0
2012	157	131	148	10	162	162	166	3	221	4
2013	143	103	199	12	201	201	191	4	219	3
2014	179	148	226	22	246	246	243	23	269	3
2015	122	96	316	21	252	252	307	23	340	4
2016	336	274	367	26	364	364	375	19	384	4
2017	352	297	404	24	422	422	493	19	416	1
2018	494	405	434	21	461	461	555	18	523	3

STM038:00/2017

HUS:n plastiikkakirurgian klinikalla ei ole toistaiseksi tehnyt rintakehäkirurgiaa diagnoosilla F64.8, joten kaikki ko diagnoosilla tehty plastiikkakirurginen hoito on liittynyt epilaatiohoitoihin.

Kattavaa tilastotietoa muunsukupuoliseksi itsensä kokevien potilaiden määrästä ei ole saatavilla seuraavista syistä:

1. Diagnoosi F64.8 on asetettu vain identiteetiltään vakiintuneille henkilöille. Osa on itse keskeyttänyt tutkimusjakson tai heidän tutkimusjaksonsa on lopetettu siten, että diagnoosiksi on jäänyt tutkimusjakson työdiagnoosi F64.9 (tarkemmin määrittämätön sukupuoli-identiteetin ristiriita).
2. Osa tutkimusjakson alkaessa muunsukupuoliseksi itsensä kokevista on tutkimusjakson tai jo aloitettujen korjaushoitojen aikana ilmaissut vähitellen jäsentyvää transsukupuolisuuskokemusta täyttäen F64.0 eli transsukupuolisuuden diagnostiset kriteerit, eli diagnoosi on tarkentunut. Vuosien 2008-2018 näitä henkilöitä on ollut 17.
3. Osa muunsukupuoliseksi itsensä kokevista on hakeutunut yksityissektorin hoitoihin Suomessa tai ulkomaille varmistaakseen toivomiensa hoitojen saatavuuden.
4. Juridinen sukupuolen vahvistus muunsukupuoliseksi ei ole mahdollista Suomessa. Tämä karsii potilaista pois ne, joiden toiveena on juridinen sukupuolenkorjaus ilman lääketieteellisiä toimenpiteitä.

TAYS

TAYS:in potilasjärjestelmästä oli kerättävissä aikuispotilaita koskevat tiedot hieman eri periaatteella ja ne kuvataan taulukossa 3. Second opinion lähetteiden määrä on arvio.

TAYS:ssa ei tehdä sukuelinkirurgiaa eikä anneta epilaatiohoitoja. Iso osa rintojen muovaamisista sekä kohdun ja munasarjojen poistoista tehdään oman kunnan sairaanhoitopiirin sairaalassa. Kirurgista hoitoa saaneet ovat taulukossa 3 vain TAYS:n osalta ja luvut sisältävät niiden henkilöiden määrän, joille on tehty rintakehäkirurgisia toimenpiteitä ja/tai kohdun- ja munasarjojen poistoleikkaus, jonka yhteydessä osalle on tehty myös vaginektomia.

STM038:00/2017

Taulukko 3. TAYS:n sukupuoli-identiteetin tutkimuspoliklinikan yli 18 vuotiaiden potilaiden määrät.

Vuosi	Lähetteet			Potilaat/trans pkl			Hormoni- pkl	Kirurginen yksikkö	
	kaikki	Second opinion	Uudet	F64	F64.8	kaikki yhteensä		F64 ja F64.8	F64
2010	47	11	36	118	2	160		16	0
2011	118	45	73	173	2	245		16	0
2012	116	35	81	167	5	242		31	2
2013	151	48	103	191	9	291		38	1
2014	168	40	128	184	17	326	186	38	0
2015	264	81	183	220	11	384	221	49	10
2016	352	112	240	292	12	500	272	66	16
2017	382	106	276	392	16	611	357	92	26
2018	468	132	336	393	23	802	429		

TAYS:n osalta on selvitetty myös potilaiden ikäjakauma diagnoosikohtaisesti (taulukko 4). Merkittäviä eroja iän keskiarvoissa tai mediaanissa ei diagnoosiryhmien välillä ole todettavissa.

STM038:00/2017

Taulukko 4. TAYS:in sukupuoli-identiteetin tutkimuspoliklinikalle täysi-ikäisenä ohjattujen diagnoosin F 64.0 tai F64.8 saaneiden iän vaihteluväli ja mediaani.

Päädiagnoosi	Potilaiden lkm	Keskiarvo	Minimi	Maksimi	Mediaani
F64.0	1397	27,6	17	71	25
F64.8	68	28,4	19	53	25,5

Psykiatrisessa tutkimuksessa diagnoosin F64.0 ja F64.8 saaneiden määrät on esitetty taulukossa 5. Vuonna 2013 DSM IV toi käsitteen ”tai muu sukupuoli”.

Taulukko 5. HUS:ssa ja TAYS:ssa aikuisten transpoliklinikoilla diagnoosin F 64.0 tai 64.8 diagnoosin saaneiden määrät vuosittain. Luvut sisältävät myös second opinion arvion, joka on edellytys oikeudelliseen sukupuolen vahvistamiseen.

	F 64.0		F 64.8	
	HUS	TAYS	HUS	TAYS
2010	141	118	1	2
2011	161	173	2	2
2012	156	167	10	5
2013	226	191	19	9
2014	263	184	40	17
2015	356	220	25	11
2016	427	292	27	12
2017	456	329	24	16
2018	434	393	21	23

STM038:00/2017

6. Kirjallisuuskatsaus sukupuoli-identiteettiin liittyvän dysforian lääketieteellisistä hoidoista

Palko on teettänyt ulkopuolisella toimijalla kirjallisuuskatsauksen sukupuoli-identiteetin variaatioihin liittyvän dysforian lääketieteellisistä hoidoista, niiden vaikuttavuudesta ja haitoista. Kirjallisuuden hakustrategia laadittiin yhdessä jaoston kanssa. Kirjallisuuskatsaus on valmistelumuiston liite 1. Tässä kappaleessa viitattujen alkuperäisten julkaisujen tiedot on löydettävissä kirjallisuuskatsauksesta. Artikkeleissa käytetyt ja tässä valmistelumuistiossa referoidut mittarit ja arvioitimenetelmät on kuvattu tarkemmin kirjallisuuskatsauksen liitteessä 4.

Kirjallisuuskatsauksessa todettiin, että perinteisiä satunnaistettuja koe-asetelmia ei juuri löytynyt, tutkimukset perustuivat pääasiassa ennen-jälkeen asetelmaan tai poikkileikkausselvityksiin. Kirjallisuuskatsaus käsittää yhteensä 38 tutkimusta, joista vain yksi oli kontrolloitu hoitokoe.

Tutkimukset on jaoteltu kattamaan sukupuolenkorjausprosessia kokonaisuutena ja erikseen siihen liittyviä yksittäisiä lääketieteellisiä hoitotoimenpiteitä.

6.1. Sukupuolen korjausprosessi

Transihmisten sukupuolenkorjausprosessia arvioitiin seitsemässä seuranta-tutkimuksessa, joissa oli yhteensä 465 sukupuolen korjausprosessin läpikäynyttä henkilöä (liite 2, taulukot 1–14, s 26-46). koehenkilöiden määrä yksittäisissä tutkimuksissa vaihteli 42:n ja 172:n välillä, seuranta-aika oli 1-14 vuotta prosessin alusta mitattuna ja vastausprosentti oli 37-79%.

Hoitoprosessin lopputuloksina kirjallisuuskatsauksessa on kuvattu seuraavat kokonaisuudet:

- subjektiivisen hyvinvoinnin paraneminen, elämänlaadun koheneminen, sukupuolidysforian väheneminen
- ikätasoinen toimintakyky: sosiaalisen, ammatillisen tai muuhun tärkeään elämänalueeseen liittyvä toimintakyky
- parisuhde, perheellistyminen
- psykiatrisen hoidon tarve, psykiatrinen oireilu, itsetuhoinen käyttäytyminen, rikoskäyttäytyminen, päihdeongelmien väheneminen
- sairauspoissaolot
- vaikutukset läheisille ihmisille

Kehoahdistus ja sukupuoliristiriita vähenivät tilastollisesti merkitsevästi kolmessa hollantilaisessa ennen-jälkeen -tutkimuksessa, joissa oli yhteensä 349 henkilöä. Kaikki vastanneet olivat saaneet hormonihoitoja

STM038:00/2017

mutta rinta-, rintakehä- ja sukuelinkirurgia oli toteutunut vain osalla. Sukupuoliristiriitaa mittaavat UGDS-pisteet laskivat kaikissa kolmessa tutkimuksessa kliinisesti merkittävästi noin 50:sta arvoon 15 (skaala 12–60). Transmiehillä pisteiden lasku oli suurempaa kuin transnaisilla. Kehoahdistus väheni BIS-pisteillä mitattuna kaikissa kolmessa tutkimuksessa siten, että pisteet olivat lopussa 2 (tyytyväinen) – 3 (neutraali). Psykologista kuormitusta mitattiin SCL-90-mittarilla ja kaikissa kolmessa ennen-jälkeen-tutkimuksessa mittarin kokonaispisteet alenivat tilastollisesti merkitsevästi, mikä merkitsee muun muassa vähäisempää masennusta tai ahdistuneisuutta, riittämättömyyden tunnetta, univaikeuksia tai somatisointitaipumuksia.

Transsukupuolisilla henkilöillä on raportoitu subjektiivisen hyvinvoinnin paranemista, elämänlaadun kohenemista ja sukupuolidysforian vähenemistä/poistumista fyysisten hoitojen jälkeen, mutta monet tutkimukset perustuivat todennäköisesti valikoituihin aineistoihin, ne on tehty poikkileikkausasetelmissä tai seuranta-ajat ovat lyhyitä. Laajan ruotsalaisen rekisteritutkimuksen mukaan sukupuoleen kohdistuvat muuntohoidot eivät poistaneet psykiatrisen hoidon tarvetta ja psykososiaalisia ongelmia, eikä itsetuhoisuuskaan korjaantunut muuntohoidoilla (Dhejne ym. 2011).

Ruppin ym. saksalaistutkimuksessa (n=71) oli pitkässä 10–24 vuotta kestäneessä seurannassa sukupuolenkorjausprosessin jälkeen merkittävä paraneminen tyytyväisyydessä elämään. Smith ym. englantilaistutkimuksessa vuodelta 2005 (n=158) vain yksi henkilö katui sukupuolenkorjausprosessiin ryhtymistä.

6.2. Hormonihoidot

Hormonihoidolla pyritään oman sukuhormonituotannon vaimentamiseen sekä halutun sukupuolen piirteiden aikaansaamiseen ja ylläpitämiseen. Hormonihoitojen tuloksina oli arvioitu:

- psykologinen kuormitus, mieliala ja stressi
- kehoahdistus ja sukupuoliristiriita
- aggressiivisuus, tunteellisuus tai visuospatiaaliset taidot
- karvan kasvu
- painon tai metaboliset muutokset
- aknen ilmeneminen
- äänen korkeus

Transnaisten lääkityksenä on estrogeeni- ja antiandrogeeninvalmiste ja transmiehillä testosteronivalmisteet yksilöllisesti annosteltuna.

STM038:00/2017

6.2.1. Transnaiset ja feminisoivat hormonihoidot

Transnaisten hormonihoidon tulosten tulkinnassa on syytä huomioida tutkimuksissa käytetyt valmisteet. Kahdessa tutkimuksessa käytettiin etinyyliestradiolia, jota ei Suomessa käytetä suurempien vaskulaaristen komplikaatioiden, erityisesti laskimotukosten riskin vuoksi. Suomessa käytetään transnaisten estrogeenivalmisteina estradiolivaleraattia tai estradiolihemihydraattia suun kautta tai ihon kautta annosteltavia estrogeenivalmisteita, jos potilas kuuluu tromboemboliseen riskiryhmään (ylipaino, hypertonia, tupakointi) ja erityisesti potilaan täytettyä 40 vuotta. Suomessa yleisimmin käytetyt antiandrogeniset valmisteet ovat syproteroniasetaatti tai spironolaktoni. Finasteridia voidaan tarvittaessa käyttää kasvojen alueen karvankasvun vähentämiseksi. (Tinkanen 2015).

Transnaisten hormonihoidon vaikuttavuutta on arvioitu 7:ssä tutkimuksessa (yhteensä 314 koehenkilöä, 21–78 per tutkimus), joissa mittauksia on tehty ennen ja jälkeen intervention. Seuranta-aika vaihteli 3.5 kuukaudesta 2.5 vuoteen ja myös käytetyt arviointimenetelmät vaihtelivat. Tutkimukset on kuvattu liitteessä 2 (Taulukot 17-23, sivut 49-56).

Transnaisten elämänlaatua mitattiin yhdessä tutkimuksessa (N= 56) ja siinä elämänlaatu koheni WHOQOL-100 mittarin pisteillä mitattuna yhden vuoden hormonihoidon jälkeen tilastollisesti merkitsevästi, keskimäärin pisteistä 62 pisteisiin 72 (Manieri ym. 2014). Pisteet yli 50:n viittaavat hyvään elämänlaatuun, joten koehenkilöiden elämänlaatu oli jo alkutilanteessa hyvä. Mittarin osa-alueista kehon kuva, sukupuolielämän laatu ja ihmissuhteiden toimivuus osoittivat tilastollisesti merkitsevää parannusta. Hormonihoitoa saavien transnaisten psykologista kuormitusta mitattiin SCL-90 -mittarilla kahdessa tutkimuksessa, tutkimuksiin osallistuneiden kokonaismäärä oli 106 (Fisher ym. 2016, N=28, Colizzi 2014, N=78). Kummassakin tutkimuksessa psykologinen kuormitus väheni yhden vuoden (Colizzi ym. 2014) tai kahden vuoden (Fisher ym. 2016) seurannassa tilastollisesti merkitsevästi. Colizzin tutkimuksessa todettiin niiden ihmisten osuuden, joilla on merkittäviä psykologisia oireita (SCL>1) laskeneen vuodessa 24 prosentista 11 prosenttiin ($p<0,001$) tai merkittäviä toiminnanrajoituksia SCID-1-mittarin mukaan laskeneen 23 prosentista 10 prosenttiin.

Hormonihoitoa saavien transnaisten masennusta mitattiin kahdessa tutkimuksessa (Fisher ym. 2016, N=28, Colizzi ym. 2014, N=78,). BDI-II-mittarin pisteet laskivat Fisherin ym. tutkimuksessa kahdessa vuodessa tilastollisesti merkitsevästi, keskimäärin 10,7:stä 4,7:ään. BDI-pisteet 10–18 merkitsevät lievää masennusta ja pisteymlle 10 ei masennusta. Colizzin ym. tutkimuksessa SDS-mittarin masennuspisteet laskivat vuodessa tilastollisesti merkitsevästi keskimäärin pisteistä 48 pisteisiin 40. Mittarin skaala on 25–100 ja alle 50:n lukemia pidetään normaaleina. Koehenkilöillä oli siis alussa joko vain lievästi tai ei lainkaan masennusoireita. Mittarin lukemien pienenemisellä ei liene näissä tutkimuksissa kliinistä merkitystä.

STM038:00/2017

Hormonihoitoa saavien transnaisten ahdistuneisuutta mitattiin yhdessä tutkimuksessa (N= 78) (Colizzi ym. 2014). SDS-mittarin ahdistuneisuuspisteet laskivat vuodessa merkitsevästi keskimäärin 45:stä 38:aan. Mittarin skaala on 25–100 ja alle 50:n lukemia pidetään normaaleina. Koehenkilöillä oli siis alussa joko vain lievästi tai ei lainkaan ahdistuneisuutta. Mittarin lukemien pienenemisellä ei liene näissä tutkimuksissa kliinistä merkitystä.

Hormonihoitoa saavien transnaisten itse koettua stressitasoa mitattiin yhdessä tutkimuksessa (N=50) (Colizzi ym. 2013). PSS-mittarin pisteet laskivat vuoden seurannassa tilastollisesti merkitsevästi, keskimäärin pisteistä 29 pisteisiin 15. Mittarin skaala on 0–40, pienempi arvo viittaa vähäisempään stressiin. Saman ikäisessä terveessä väestössä keskiarvo on noin 14.

Hormonihoitoa saavien transnaisten karvan kasvua mitattiin kahdessa tutkimuksessa, tutkimukseen osallistuneiden kokonaismäärä oli 49 (Fisher ym. N=28, Giltay ja Gooren 2000, N=21). Molemmissa tutkimuksissa karvan kasvu väheni Ferriman-Gallwayn mittarilla yhden tai kahden vuoden seurannassa tilastollisesti merkitsevästi, keskimäärin pisteistä 17 tai 21 pisteisiin 5 ja 10. Alle 7 pisteet viittaavat siihen, että koehenkilöillä ei ole seurannan lopussa enää hirsutismin tasoista karvan kasvua.

Hormonihoitoa saavien transnaisten kehon painoa mitattiin kolmessa tutkimuksessa, tutkimuksiin osallistuneiden kokonaismäärä oli 115 (Fisher ym. 2016N=28, Manieri ym. 2014 N=83, Giltay ja Gooren 2000, N=21) ja vyötärön ympärysmittaa yhdessä italialaistutkimuksessa, jossa oli 28 koehenkilöä (Fisher ym. 2016). Kahdessa tutkimuksessa, yhden tai kahden vuoden seurannassa, painoindeksi nousi tilastollisesti merkittävästi BMI-mittarilla ja toisessa myös vyötärön ympäryys suureni.

6.2.2. Transmiehet ja maskulinisoiva hormonihoito

Transmiesten hormonihoidon vaikuttavuutta arvioitiin 10 tutkimuksessa , joissa oli yhteensä 282 koehenkilöä (7–52 per tutkimus). Hormonivalmiste ja sen antotapa vaihteli tutkimuksittain. Seuranta-aika oli 3,5kk-2,5 vuotta hormonihoidon aloituksesta. Tutkimukset on kuvattu kirjallisuuskatsauksen liitteessä 2 (taulukot 17-18, sivut 49-50 ja taulukot 24-31, sivut 57-64)

Hormonihoitoa saavien transmiesten sukupuoliristiriitaa mitattiin yhdessä tutkimuksessa, jossa oli 26 koehenkilöä (Fisher ym. 2016). Sukupuoliristiriita lievittyi ensin 3 kuukauden kohdalla tilastollisesti merkitsevästi, mutta vaikeutui myöhemmin kohti 2,5 vuoden seurantajakson loppua GIDYQ-AA-mittarin pisteillä mitattuna. Kehoaahdistusta mittasi kaksi tutkimusta (Turan ym. 2018, N=37 ja Fisher ym. 2016, N=26), joissa oli yhteensä 65 koehenkilöä. Molemmissa tutkimuksissa kehoahdistus lievittyi BUT-AA-pisteillä mitattuna tilastollisesti merkitsevästi puolen vuoden (Turan ym. 2018) tai 2,5 vuoden (Fisher ym. 2016) seurannassa.

STM038:00/2017

Hormonihoitoa saavien transmiesten elämänlaatua mitattiin yhdessä tutkimuksessa, jossa oli 27 koehenkilöä (Manieri ym. 2014). Elämänlaatu koheni WHOQOL-100 mittarin mukaan yhden vuoden hormonihoiton jälkeen keskimäärin pisteistä 63 pisteisiin 69, mutta muutos ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Pisteet yli 50:n viittaavat hyvään elämänlaatuun, joten koehenkilöiden elämänlaatu oli jo alkutilanteessa keskimäärin hyvä. Mittarin osa-alueista kehon kuva ja ihmissuhteiden toimivuus näyttivät tilastollisesti merkitsevää parannusta.

Hormonihoitoa saavien transmiesten psykologista kuormitusta mitattiin SCL-90-mittarilla kolmessa tutkimuksessa, joissa oli yhteensä 92 koehenkilöä (Turan ym. 2018, Fisher ym. 2016, Colizzi ym. 2014). Kaikissa kolmessa tutkimuksessa psykologinen kuormitus väheni joko puolen, yhden tai kahden vuoden seurannassa tilastollisesti merkitsevästi. Colizzin tutkimuksessa todettiin niiden ihmisten osuuden, joilla on merkittäviä psykologisia oireita (SCL>1) laskeneen vuodessa 24 prosentista 11 prosenttiin ($p<0,001$) tai merkittäviä toiminnanrajoituksia SCID-1-mittarin mukaan laskeneen 23 prosentista 10 prosenttiin.

Hormonihoitoa saavien transmiesten masennusta mitattiin kahdessa tutkimuksessa, joissa oli yhteensä 55 koehenkilöä (Fisher ym. 2016, Colizzi ym. 2014). BDI-II-mittarin pisteet laskivat Fisherin tutkimuksessa kahdessa vuodessa tilastollisesti merkitsevästi, keskimäärin pisteistä 9,2 pisteisiin 4,4. BDI-pisteet alle 10 merkitsevät ”ei masennusta”. Colizzin tutkimuksessa SDS-mittarin masennuspisteet laskivat vuodessa merkitsevästi keskimäärin pisteistä 48 pisteisiin 40. Mittarin skaala on 25–100 ja alle 50:n lukemia pidetään normaaleina. Koehenkilöillä oli siis alussa joko vain lievästi tai ei lainkaan masennusoireita. Mittarin lukemien pienenemisellä ei liene näissä tutkimuksissa kliinistä merkitystä.

Hormonihoitoa saavien transmiesten ahdistuneisuutta mitattiin yhdessä tutkimuksessa, jossa oli 29 koehenkilöä (Colizzi ym. 2014). SDS-mittarin ahdistuneisuuspisteet laskivat vuodessa merkitsevästi keskimäärin pisteistä 45 pisteisiin 38. Mittarin skaala on 25–100 ja alle 50:n lukemia pidetään normaaleina. Koehenkilöillä oli siis alussa joko vain lievästi tai ei lainkaan ahdistuneisuutta. Mittarin lukemien pienenemisellä ei liene näissä tutkimuksissa kliinistä merkitystä.

Hormonihoitoa saavien transmiesten itse koettua stressitasoa mitattiin yhdessä tutkimuksessa, jossa oli 20 koehenkilöä (Colizzi 2013). PSS-mittarin pisteet laskivat vuoden seurannassa tilastollisesti merkitsevästi, keskimäärin 25:stä 15:een. Mittarin skaala on 0–40 ja pienempi arvo viittaa vähäisempään stressiin. Samanikäisessä terveessä väestössä keskiarvo on noin 14.

Hormonihoitoa saavien transmiesten aggressiivisuutta mitattiin kahdessa tutkimuksessa, joissa oli yhteensä 99 koehenkilöä (Motta ym. 2018, N=52, Slabbekoorn ym. 2001, N=47). Mottan ym. tutkimuksessa aggressiivisuutta mittaavat STAXI-pisteet nousivat seitsemän kuukauden testosteronihoidon jälkeen tilastollisesti merkitsevästi, mikä viittaa lisääntyneeseen aggressiivisuuteen. Kokonaispisteet pysyivät kuitenkin sekä alussa että seurannan päättyessä normaalialueella. Mitatut testosteronitasot eivät

STM038:00/2017

korreloineet aggressiivisuuden tason kanssa, mikä on samansuuntainen tulos kuin tuoreessa suuressa eurooppalaistutkimuksessa (Defreyne ym. 2019b). Slabbekoornin ym. tutkimuksessa ASQ-pisteillä mitattu valmius aggressiiviseen käyttäytymiseen lisääntyi 3,5 kuukauden testosteronihoidon jälkeen vähän, mutta tilastollisesti merkitsevästi. Sen sijaan aggressiivisten tai negatiivisten tunteiden kokemisessa ei tapahtunut merkitsevää muutosta. Slabbekoornin ym. tutkimuksessa mitattiin myös tunteilla reagoinnin voimakkuutta AIM-mittarilla. Tulosten mukaan transmiesten tunteellisuus ja positiivisten tunteiden voimakkuus vähenivät 3,5 kk hormonihoidon jälkeen tilastollisesti merkitsevästi, mutta negatiivisten tunteiden kokemisessa ei tapahtunut merkitsevää muutosta.

Hormonihoitoa saavien transmiesten karvan kasvua mitattiin kolmessa tutkimuksessa, joissa oli yhteensä 63 koehenkilöä (Fisher ym. 2016 N =26, Wierckx ym. 2014 N=20, Giltay ja Gooren 2000, N=17). Kaikissa kolmessa tutkimuksessa karvan kasvu oli lisääntynyt Ferriman-Gallwayn mittarilla tilastollisesti merkitsevästi, keskimäärin pisteistä 0,5-4 pisteisiin 12-18 yhden vuoden seurannassa tai pisteisiin 25 kahden vuoden seurannassa (Fisher ym. 2016). Wierckxin tutkimuksessa 80 %:lla pisteet nousivat vuoden seurannassa yli 8 tasolle, jota pidetään lievästi kiihtyneenä karvankasvuna. Keskiarvoja tarkastellessa moni saavutti yli 15 pistetason, jota pidetään kohtalaisena tai voimakkaana hirsutismina (naisilla esiintyvä liikakarvoitus).

Wiercksin tutkimuksessa (n=20) mitattiin myös aknen kehittymistä vuoden testosteronihoidon jälkeen. Aknemuutoksia, jotka olivat suurimmalla osalla lieviä, oli kasvoissa hoitojen alussa 35 %:lla ja lopussa 55 %:lla ja selässä vastaavat osuudet olivat 15 % ja 50 %.

Miestyyppistä kaljuuntumista ilmaantui Wiercksin tutkimuksessa yhdelle koehenkilölle. Miestyyppisen kaljuuntumisen riski kasvoi kun testosteronihoidon kesto oli yli 10 vuotta.

Hormonihoitoa saavien transmiesten kehon painoa mitattiin neljässä tutkimuksessa, joissa oli yhteensä 117 koehenkilöä (Turan ym. 2018, Fisher ym. 2016, Manieri ym. 2014, Giltay ja Gooren 2000) ja vyötärön ympärysmittaa yhdessä italialaistutkimuksessa, jossa oli 26 koehenkilöä (Fisher ym. 2016). Kolmessa tutkimuksessa, puolen, yhden tai kahden vuoden seurannassa, paino nousi BMI-mittarilla tilastollisesti merkitsevästi. Fisherin ym. tutkimuksessa koehenkilöille tuli 2 vuoden testosteronihoidon aikana keskimäärin 10 kiloa lisää. Manierin ym. tutkimuksessa yhden vuoden seurannassa paino nousi kiloissa 65:sta 68:aan, muutos ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Vyötärön ympäryys pieneni Fisherin ym. tutkimuksessa 100 cm:stä yhdessä vuodessa 90 cm:iin ja palasi kahden vuoden seurannassa 98 senttimetriin.

Hormonihoitoa saavien transmiesten äänen korkeutta mitattiin yhdessä tutkimuksessa, joissa oli 7 koehenkilöä, jotka eivät olleet saaneet ääniterapiaa tai äänen käytön ohjausta (Irwig ym. 2017). Äänen korkeuden alenemaa pidettiin kliinisesti merkittävänä jo puolen vuoden testosteronihoidon jälkeen

STM038:00/2017

kaikkien koehenkilöiden kohdalla. Ensimmäisen 3 kk aikana tulokset vaihtelivat paljon, toisilla ei tapahtunut äänen muutosta ja toisilla suurin äänen madaltuminen tapahtui juuri tuolloin.

6.2.3. Hormonihoitojen haittavaikutukset

Sukupuolenkorjauksen hormonihoitoin on liitetty muun sairastuvuuden riskin suureneminen. Sydän- ja verenkiertoelimestön ja metabolisten sairauksien riskitekijöitä, sairastavuutta sekä kuolleisuutta käsitteleviä tutkimuksia on vastikään koottu systemaattiseksi katsaukseksi (Defreyne ym. 2019). Yhdentoista katsauksen ja 66 alkuperäistutkimuksen perusteella tutkijat totesivat, että transnaisten kohdalla todettiin korkeampi sydäntapahtumien riski. Tuloksen käytettävyyttä heikentää se, että suurimmassa osassa tutkimuksista oli käytetty nyt jo käytöstä poistunutta etinyyliestradiolia. Tutkimukset, joissa oli käytetty nykyaikaisia lääkkeitä, ovat suurelta osin takautuvia tutkimuksia ja niiden seuranta-ajat ovat riittämättömiä haittavaikutusten yleisyyden selvittämiseen. Laboratoriomarkkerien kohdalla tulokset olivat ristiriitaisia, mikä katsauksen tekijöiden mukaan voi johtua pienistä ryhmistä ja lyhyistä seuranta-ajoista.

Toinen tuore systemoitu katsaus (Velho ym. 2017) rajoittui transmiesten testosteronihoidon sydän- ja verenkiertoelimestön haittoihin. Katsaukseen otettiin mukaan 13 tutkimusta, joissa mittauksia oli tehty ennen hormonihoitoa aloitusta ja sen jälkeen. Seuranta-aika vaihteli puolesta vuodesta viiteen vuoteen. Tulosten mukaan painoindeksi nousi hieman. Eri testosteronivalmisteiden verenpainevaikutuksia tarkasteli seitsemän tutkimusta, joista kolmessa havaittiin lievää nousua verenpaine- ja verenpainesoissa. Yhdessä tutkimuksessa kahdelle henkilölle kehittyi verenpaineauti, joka saatiin hallintaan, kun testosteronilääkitys purettiin pois. HDL-kolesterolin lasku ja LDL-kolesterolin nousu havaittiin kaikissa lipidejä mitanneissa tutkimuksissa, nousu ei ollut kliinisesti merkittävä. Kahdeksassa tutkimuksessa havaittiin yhteys testosteronihoidon ja kohonneen hemoglobiinin ja hematokriitin välillä. Arvot eivät kuitenkaan kohonneet niin paljon, että se olisi edellyttänyt testosteronihoidon keskeytystä. Kuusi tutkimusta arvioi maksavaikutuksia, ja ne olivat hyvin lieviä tai niitä ei ollut lainkaan. Yhteenvetona tutkijat toteavat, että testosteronin käyttö assosioituu transmiehillä kohonneeseen painoindeksiin, hemoglobiiniin tai hematokriittiin ja LDL kolesteroliin sekä alentuneeseen HDL-kolesteroliin, mutta näytön aste on alhainen.

Sukupuolenkorjaukseen käytetyt hormonit eivät nykytiedon mukaan lisää sukupuolihormoneista riippuvaisten kasvainten riskiä. Tieto perustuu systemaattiseen katsaukseen (McFarlane ym. 2018), jossa on seitsemän aihetta käsittelevää kohorttitutkimusta, kaksi poikkileikkaustutkimusta ja 34 tapausselostusta. Katsauksen tekijät kuitenkin huomauttavat, että tutkitut henkilöt olivat nuoria ja hormonien käyttöajat liian lyhyitä syöpäriskin luotettavaan arvioimiseen. Tapausselostukset nostavat esiin mahdolliset yhteydet korkea-annoksen estradiolin ja prolaktinooman sekä antiandrogenihoidon ja meningeooman välillä.

Nuoruusiän kehitysvaiheen aikana aloitettujen muuntohormonihoitojen vaikuttavuudesta ja haittavaikutuksista on juuri valmistunut kotimainen retrospektiivinen tutkimus, jossa seurattiin

STM038:00/2017

hormonihoidon vaikutuksia 52 transnuoren psykiatriseen hyvinvointiin vuoden tosielämän kokeen aikana. Tulokset osoittivat, että transsukupuolisuuden diagnosointi ja muuntohormonihoito voivat helpottaa masennusta ja ahdistusta mutta ne eivät vaikuta psykiatriseen komorbiditeettiin (Kaltiala ym. 2020b).

6.3. Rinta- ja rintakehäkirurgia

Transnaisten ja transmiesten rintakehäkirurgian vaikuttavuutta arvioi kaksi seurantatutkimusta, joissa on yhteensä 35 rintojen silikoni-implanttileikkauksen läpikäynyttä transnaista (Weigert ym. 2013) ja 42 rintojen poistoleikkauksen läpikäynyttä transmiestä (Agarwal ym. 2018). Tutkimukset oli tehty Yhdysvalloissa ja Ranskassa. Sukuelinkirurgiaa koskevissa leikkauksissa oli mukana rinnanpoisto- tai rintaimplanttileikkauksen läpikäyneitä, mutta heidän tuloksiaan ei ole tutkimuksissa eritelty. Silikoni-implantit oli asetettu vuosina 2008–2012 ja rinnan poistot tehty vuosina 2015–2016. Tutkimukset on julkaistu vuosina 2013 ja 2018, koehenkilöt olivat kaikki transsukupuolisia. Keskimääräinen ikä oli transnaisilla 42 vuotta ja transmiehillä 28 vuotta. Rintakirurgiaa käsittelevät tutkimukset on esitelty kirjallisuusliitteen liitteessä 2 taulukoissa 32-33, sivut 64-65.

Rintakirurgian tuloksina oli arvioitu

- elämänlaatu
- tyytyväisyys leikkaustulokseen
- kehoahdistus (transmiehet)

Elämänlaatua ja tyytyväisyyttä rintaleikkauksen jälkeen mittaavat BREAST-Q-pisteet paranivat tilastollisesti merkitsevästi sekä transnaisilla rintojen suurennusleikkauksen jälkeen (Weigert ym. 2013) että transmiehillä puoli vuotta rintojen poiston jälkeen (Agarwal ym. 2018). Agarwalin tutkimuksessa transmiesten kehoahdistus väheni BUT-A-mittarin pisteillä mitattuna myös tilastollisesti merkitsevästi.

Tyytyväisyyttä rintaleikkauksiin mittaavissa jälkeen-tutkimuksissa vastausprosentti vaihteli 51%:n (De Cuyper ym. 2005) ja 72%:n (Poudrier ym. 2018; Olson-Kennedy ym. 2018) välillä. Puuttuvien vastausten vuoksi osallistuneiden ja osallistumattomien välinen vertailu ja vastausprosentin vaikutusten arviointi lopputuloksen kannalta oli vaikeaa (De Cuyper ym. 2005). Transmiesten tyytyväisyyttä rintakehäkirurgiaan arvioineen Van de Grifin ym. (2017; vastausprosentti 62%) mukaan tutkimukseen osallistuneet saattavat olla tyytyväisempiä ja toimintakykyisempiä kuin tutkimuksesta pudonneet, mikä voi vinouttaa tyytyväisyyttätuloksia hiukan positiivisempaan suuntaan. Poikkileikkaustutkimusten mukana transnaisista 95 % oli tyytyväisiä rintojen suurennukseen (1 tutkimus), transmiehistä 79 % rintojen poistoon (1 tutkimus) ja muunsukupuolisista 94-100% rintojen korjausleikkauksiin (2 tutkimusta). Pienessä Smith ym. (2001) tutkimuksessa, 8/13:sta transmiehestä oli tyytyväisiä rintojen poistoon.

STM038:00/2017

6.4. Sukuelinkirurgia

6.4.1. Transnaisten sukuelinkirurgiset toimenpiteet

Transnaisten sukuelinkirurgian vaikuttavuutta arvioitiin yhdeksässä tutkimuksessa: yksi kontrolloitu hoitokoe (Mate-Kole ym. 1990), yksi rekisteritutkimus (Simonsen ym. 2016) ja seitsemän yhden ryhmän ennen ja jälkeen intervention tehtyjä mittauksia sisältäviä tutkimuksia (Lindqvist ym. 2017; Papadopoulos ym. 2017; da Silva ym. 2016; Lobato ym. 2009; Udeze ym. 2008; Megeri ym. 2007; Smith ym. 2001). Jälkimmäisistä kaksi oli todennäköisesti etenevää (Udeze ym. 2008, Megeri ym. 2007) ja loput keräsivät alkutietoja takautuvasti. Tutkimuksessa oli yhteensä 491 koehenkilöä (7–190 per tutkimus). Ikä oli keskimäärin 31–47 (hajonta 19–80 vuotta) paitsi Smithin hollantilaistutkimuksessa, jossa leikkauksen läpikäyneet olivat noin 19-vuotiaita. Sukuelinkirurgiaa käsittelevät tutkimukset on kuvattu kirjallisuuskatsauksen liitteessä 2 taulukoissa 34-42, sivut 67-75.

Sukuelinkirurgian tuloksina oli arvioitu

- psykologinen kuormitus ja mieliala
- elämänlaatu
- kehoahdistus ja sukupuoliristiriita
- personallisuuden piirteet
- virtsaaminen

Kaksi tutkimusta käsitteli ainoastaan vaginoplastiaa (da Silva ym, 2016, Mate-Kole ym. 1990). Yhdessä tutkimuksessa kaikille tehtiin vaginoplastia ja osalle lisäksi muita leikkauksia (Papadopoulos ym. 2017), ja yhdessä vaginoplastia oli yleisin transnaisille tehty leikkaus (Smith ym. 2001). Muissa tutkimuksissa ei kuvattu sukupuolenkorjausleikkauksien sisältöä.

Da Silvan ym. (2016) tutkimuksessa kaikki vaginoplastia-leikatut osallistuivat vähintään 2 vuotta supportiiviseen ryhmämuotoiseen psykoterapiaan. Mate-Kolen ym. (1990) tutkimuksessa potilaat olivat ennen vaginoplastia-leikkauksia ja niiden jälkeen psykiatrisessa seurannassa. Lobaton ym. (2009) tutkimuksessa leikkausta edelsi klinikan järjestämä ryhmäterapia.

Seuranta-aika tutkimuksissa oli pisimillään noin viisi vuotta ja lyhimillään puoli vuotta leikkauksesta. Kahdessa tutkimuksessa seuranta-aikaa ei kerrota (Simonsen ym. 2017, Megeri ym. 2007).

Smithin tutkimus (7 transnaista ja 13 transmiestä) oli ainoa, jossa vaginoplastian, falloplastian ja rintarauhasleikkausten jälkeen mitattiin sukupuoliristiriitaa UGDS-mittarilla ja kehoahdistusta BIS-mittarilla. Molemmilla mittareilla tilanne parani reilun vuoden seurannassa. Mate-Kolen tutkimuksessa mittarina

STM038:00/2017

käytettiin BSRI-pisteitä. Niiden mukaan itse arvioituna, feminiinisiä tai maskuliinisia persoonallisuuden piirteitä kuvaavissa testituloksissa ei ollut lähtötasossa eroa leikkausryhmän transnaisten ja jonotusryhmän välillä eikä ryhmien välillä havaittu tilastollisesti merkitsevää eroa kahden vuoden jälkeen.

Papadopouloksen tutkimuksessa vaginoplastian läpikäyneiden transnaisten itsetunto RSES-pistein mitattuna oli kohentunut hieman (mutta ei tilastollisesti merkitsevästi) puoli vuotta leikkauksen jälkeen.

Sukuelinleikkauksia läpikäyneiden transnaisten elämänlaatua mitattiin kolmessa tutkimuksessa, joissa oli yhteensä 236 koehenkilöä (da Silva ym. 2016, Lindqvist ym. 2017, Papadopoulos ym. 2017). Da Silvan brasilialaistutkimuksessa (n=7) elämänlaatua mittaavan WHOQOL-mittarin psykologisella ja sosiaalisella ulottuvuudella saatiin merkitsevää parannusta vuosi vaginoplastialeikkauksen jälkeen verrattuna lähtötasoon. Fyysinen terveys ja itsenäisyys sen sijaan heikentyivät merkitsevästi. Lindqvistin ym. (2017) ruotsalaistutkimuksessa (n=190) SF-36-mittarilla todettiin useimmissa fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn osa-alueissa ja koetussa terveydessä nousua vuoden kuluttua sukuelinleikkauksesta ja laskua kolmen ja viiden vuoden kuluttua. Muutokset eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Papadopouloksen ym. (2017) saksalaistutkimuksessa (n=39) saatiin QLS-mittarilla yleiseen ja terveyteen liittyvään elämänlaatuun tilastollisesti merkitsevää kohenemista puoli vuotta leikkaushoitojen jälkeen. Kaikille oli tehty vaginoplastia ja lähes joka toiselle myös rintojen suurennusleikkaus.

Sukuelinleikkauksia läpikäyneiden transnaisten masennusta mitattiin Mate-Kolen ym. (1990) kontrolloidussa hoitokokeessa (n=40) ja kolmessa ennen-jälkeen -tutkimuksessa, joissa oli yhteensä 133 koehenkilöä (Papadopolous ym. 2017, Simonsen ym. 2016, Megeri ym. 2007). Mate-Kolen tutkimuksessa masentuneisuus ja ahdistuneisuus olivat alkutilanteessa samalla tasolla, mutta kahden vuoden kohdalla leikkausryhmässä oireilu oli vähentynyt ja jonossa olevien lisääntynyt tilastollisesti merkitsevästi. Papadopouloksen tutkimuksessa PHQ-mittarin masennuspisteet laskivat puolen vuoden kuluttua vaginoplastian ja muiden leikkausten jälkeen tilastollisesti merkitsevästi, väestön keskiarvoon. Simonsenin rekisteritutkimuksessa sen sijaan masennusdiagnoosin omaavien osuus oli suurempi sukupuolenkorjausleikkausten jälkeen kuin ennen sitä. Megerin tutkimuksessa ei havaittu useiden ahdistuneisuutta ja masennusta kuvaavien mittarien tuloksissa merkitsevää eroa ennen ja jälkeen leikkauksen.

Smithin ym. (2001) tutkimuksessa 3/7stä oli tyytyväisiä vaginoplastiaan.

6.4.2. Transmiesten sukuelinkirurgia

Transmiesten sukuelinkirurgian vaikuttavuutta arvioi yksi tanskalainen rekisteritutkimus (Simonsen ym. 2016) ja kaksi hollantilaista ennen ja jälkeen intervention tehtyjä mittauksia sisältäviä tutkimusta, joissa alkutiedot oli kerätty takautuvasti (van de Grift ym. 2017; Smith ym. 2001). Tutkimuksissa oli yhteensä 82

STM038:00/2017

koehenkilöä (13-48 per tutkimus). Ikä leikkauksen ajankohtana oli van de Grift ym. tutkimuksessa keskimäärin 40 vuotta, Simonsen ym. tutkimuksessa 33 vuotta ja Smith ym. tutkimuksessa noin 19 vuotta. Van de Grift ym. tutkimuksessa leikkauksena oli falloplastia (n=15) tai metoidioplastia (n=6) ja lisäleikkauksina asetettiin kivesimplantteja sekä tehtiin glansin tai skrotumin plastioita. Smith ym. tutkimuksessa koehenkilöille (n=13) tehtiin yksi falloplastia ja kaksi skrotumin plastiaa; suurin osa halusi vain rintojen poiston. Simonsen ym. rekisteritutkimuksessa leikkauksia ei kuvattu. Seuranta-aika oli Simonsen ym. rekisteritutkimuksessa yli kymmenen vuotta, van de Grift ym. tutkimuksessa keskimäärin kaksi ja puoli vuotta ja Smith ym. tutkimuksessa reilun vuoden. Sukuelinkirurgiaa käsittelevät tutkimukset on kuvattu kirjallisuuskatsauksen liitteessä 2 (Taulukot 34 sivut 67-68 ja 43-44 sivut 75-78).

Smith ym. (2001) tutkimus (7 transnaista ja 13 transmiestä) oli ainoa, jossa vaginoplastian, falloplastian ja rintarauhasleikkausten jälkeen mitattiin sukupuoliristiriitaa UGDS-mittarilla ja kehoahdistusta BIS-mittarilla. Molemmilla mittareilla tilanne parani reilun vuoden seurannassa. Van de Grift ym. (2017) tutkimuksessa falloplastian tai metoidioplastian läpikäyneiden transmiesten itsetunnossa ei tapahtunut muutosta RSES-pistein mitattuna keskimäärin 31 kuukautta leikkauksen jälkeen.

Sukuelinleikkauksia läpikäyneiden transmiesten masennusta mitattiin kaikissa kolmessa tutkimuksessa. Masennusta kuvaavat HADS-pisteet eivät muuttuneet van de Grift ym. tutkimuksessa keskimäärin kahden ja puolen vuoden seurannassa. Simonsen ym. rekisteritutkimuksessa masennusdiagnoosin omaavien osuudessa ei ollut eroa ennen ja jälkeen leikkausten. Smith ym. (2001) tutkimuksessa SCL-90-mittarin masennuspisteet laskivat reilussa vuodessa, mutta koehenkilöiden joukossa oli vain muutama sukuelinkirurgian läpikäynyt transmies.

Sukuelinleikkauksia läpikäyneiden transmiesten ahdistuneisuutta mitattiin kaikissa kolmessa tutkimuksessa. Ahdistuneisuutta kuvaavat HADS- tai SCL-90-pisteet eivät muuttuneet van de Grift ym. ja Smith ym. tutkimuksissa leikkausten jälkeen. Simonsen ym. rekisteritutkimuksessa ahdistuneisuusdiagnoosin saaneiden transmiesten osuus oli leikkausten jälkeen suurempi (11 %) kuin ennen leikkauksia (8 %).

Transmiesten tyytyväisyydestä sukuelinkirurgiaan saatiin tietoa Smith ym. ja van de Grift ym. tutkimuksista sekä poikkileikkaustutkimuksista. Van de Grifin tutkimuksessa transmiehillä esiintyi falloplastian ja metoidioplastian jälkeen keskivaikeita virtsaamisoireita (IPSS-mittarilla 11 ja 13 pistettä). Tyytyväisyys virtsaamiseen oli molempien tekniikoiden jälkeen samaa tasoa (noin 2, skaalalla 0-4). Kummassakaan tutkimuksessa yksikään ei katunut leikkausta. Poikkileikkaustutkimuksista saatiin seuraavaa lisätietoa: Tyytyväisten osuus sukuelinleikkausten jälkeen vaihteli 78 % ja 100 %:n välillä (5 tutkimusta). Falloplastiaan ja metoidioplastiaan tyytyväisten osuus oli noin 90 % (3 tutkimusta).

STM038:00/2017

6.4.3. Sukuelinkirurgiaan liittyvät komplikaatiot

Revolin poikkileikkaustutkimuksessa transnaisista 13 prosentilla esiintyi vakavia komplikaatioita (Revol ym. 2003). Korjausleikkauksina tehtiin 25 prosentille häpyhuulten korjausleikkauksia ja 13 prosentille neovaginan fisteiden korjausleikkauksia. Toisessa tutkimuksessa (Breton ym. 2017) 11 prosentilla leikatuista esiintyi merkittävää verenvuotoa, 7 prosentille kehittyi infektio ja 4 prosentille osittainen nekroosi. Lisäksi neljälle prosentille kehittyi myöhemmin virtsaputken ahtauma ja 7 prosentille tiputtelua. Kolmannessa tutkimuksessa tehtiin kolme neovaginan purkua, joiden syynä oli nekroosi (10 kuukauden kohdalla) tai ahtauma (yli viiden vuoden kohdalla) (Papadopolous ym. 2017).

Falloplastiaan ja metadoioplastiaan liittyy merkittävä virtsaputken kuroumien ja fisteiden riski. Aiheesta ei löytynyt systemaattista katsausta, mutta esimerkiksi Vukadinovic ym. 2014 tutkimuksessa metadoioplastiaan liittyi 28 %:lla komplikaatioita ja vakavia komplikaatioita kuten virtsaputken kuroumaa tai fisteliä esiintyi 8 %:lla.

6.5. Kurkunpään kirurgia

Transnaisten kurkunpään kirurgian vaikuttavuutta arvioi viisi seurantatutkimusta, joissa leikkauksena oli joko äänihuulten kiristysleikkaus (Anderson ym. 2007; Orloff ym. 2006) tai kilpiruston höyläysleikkaus (Brown ym. 2000; De Bruyne ym. 1995) ja yhdessä tutkimuksessa tehtiin ilmeisesti molemmat leikkaukset (Kunachak ym. 2010). Tutkimuksissa oli yhteensä 72 koehenkilöä, 5-31 per tutkimus. Tutkimukset oli tehty Britanniassa, Alankomaissa, Kanadassa, Yhdysvalloissa ja Thaimaassa ja julkaistu vuosina 1995-2010. Tutkimukseen osallistuneet olivat kaikki transnaisia ja heidän ikänsä oli 23-44 vuotta. Kaikissa tutkimuksissa mitattiin äänenkorkeuden muutosta ja seurannan kesto vaihteli puolesta vuodesta kuuteen vuoteen leikkauksen jälkeen. Kahdessa tutkimuksessa mitattiin myös äänen maskuliinisuutta tai feminiinisuutta ulkopuolisen kuuntelemana, kahdessa tutkimuksessa potilaan tyytyväisyyttä ääneensä ja yhdessä tutkimuksessa ääneen liittyvää toimintakykyä. Kurkunpään kirurgiaa käsitelleivät tutkimukset on kuvattu kirjallisuuskatsauksen liitteessä 2 (taulukot 45-49, sivut 78-83).

Äänen korkeus nousi valtaosalla leikatuista naisen normaalikorkeudelle tai lähelle sitä kummallakin leikkausmenetelmällä.

6.6. Psykologiset interventiot

Sukupuolidysforian hoitoon tarkoitetun psykoterapian vaikuttavuutta oli tutkittu yhdessä tutkimuksessa, jossa interventiona oli fyysisiin hoitoihin yhdistetty Somatic Experience menetelmään perustuva ryhmäterapia. Ryhmän koko oli 7 ja osallistujista 3 oli transsukupuolisia, 2 sukupuoleettomia, 1 muunsukupuolinen ja yksi epäselvä. Psykologinen elämänlaatu koheni tilastollisesti merkittävästi mutta

STM038:00/2017

masennus- ja somaattiset oireet lievittyivät vain hieman. Tutkimus on kuvattu liitteen 1 taulukossa 50, sivut 83-84.

6.7. Lapset ja nuoret

Kirjallisuuskatsauksessa löydettiin kaksi tutkimusta, joissa oli yhteensä 271 henkilöä, joilla oli lapsena todettu sukupuoli-identiteetin häiriö ja siihen liittyvä sekä murrosiässä paheneva sukupuoli- tai kehoahdistus (valmistelumuistion liite 1, taulukot 15 ja 16, sivut 46-48).

Pienemmässä, 70 nuorta seuranneessa tutkimuksessa, puberteetti keskeytettiin GnRH-analogilla (gonadotropiiniin vapauttajahormonin lailla vaikuttava lääke) keskimäärin 14,8 vuoden iässä (vaihteluväli 12-18 vuotta) ja hoitoa jatkettiin keskimäärin 2 vuotta (De Vries ym. 2011). Hoidon aikana nuorten mieliala koheni ja käytöshäiriöiden riski pieneni mutta sukupuoliristiriita ei vähentynyt eikä kehon kuvassa ilmaantunut muutoksia.

Laajemmassa yhteensä 201 nuorta käsittelevässä tutkimuksessa (Costa ym. 2015) 101 potilasta aloitti keskimäärin 15.5 vuoden iässä (vaihteluväli 12-18 vuotta) 18 kuukauden kestoisen psykologisen supportiivisen intervention ja lisäksi puberteettikehitys pysäytettiin 6 kuukautta supportiivisen käynnistymisen jälkeen aloittamalla GnRH-analogihoito. Toinen 100 henkilön ryhmä sai 18 kuukauden ajan vain psykologista supportiivista interventiota. Molemmissa ryhmissä yleinen toimintakyky koheni CGAS-mittarilla arvioituna 12 ja 18 kuukauden kohdalla tilastollisesti merkitsevästi. Kummankin tutkimuksen osalta aikuisikään jatkuva pitkäaikaisseuranta puuttuu.

GnRH- hoidon mahdollisia riskejä ovat luun mineralisaation häiriintyminen sekä vielä tuntemattomat keskushermostovaikutukset. Transnaisilla puberteetin jarruttaminen vaikuttaa peniksen kasvuun siten, että vaginoplastiaan joudutaan käyttämään muita kudossiirteitä.

7. HUS:n muunsukupuolisille kohdistettu hoitotyytyväisyyttä koskeva laadunseuranta ja siihen liittyvä rekisteritutkimus

HUSilla oli käynnissä transpoliiklinikalla hoidettujen muunsukupuolisten hoitokokemuksia käsittelevä hoidon laatua arvioiva laadunseuranta ja siihen liittyvä rekisteritutkimus. Vastausten perusteella osa potilaista kutsuttiin vastaanotolle ajankohtaisen voinnin ja hoidon tarpeen arvioimiseksi. Tämän laadunseurannan tiedot oli mahdollista saada täydentämään muuten niin vähäistä tutkimustietoa muunsukupuolisten hoitojen toteutumisesta sekä hoitotyytyväisyydestä. Raportti on valmistelumuistion liite 2.

STM038:00/2017

7.1. Aineiston kuvaus

Muunsukupuolisuusdiagnoosilla sukupuolenkorjaushoitoja saaneisiin, seurannasta pudonneisiin potilaisiin otettiin yhteyttä kirjeitse ja tarvittaessa puhelimitse heidän ajankohtaisen vointinsa ja hoitokokemustensa arvioimiseksi mukaan lukien hyödyt ja haitat sukupuolenkorjaushoidoista, sekä jäljellä oleva hoidon tarve. Yhteydenotto kirjeitse lähetettiin marraskuussa 2018 kaikille niille 2010 - elokuu 2018 HUSin transpoliklinikalla tutkimuksissa olleille potilaille, joilla tutkimuksissa oli vahvistunut diagnoosiksi muunsukupuolisuus. Laadunseuranta-aineistoon kuului 50 henkilöä, joista 43 (83 %) oli määritelty syntymässä tytöksi ja 7 (17 %) pojaksi. Kliinisen seurantakyselyn palautti 39 henkilöä eli 78 % kyselyn kohderyhmästä. Heidän ajankohtainen sukupuolikokemuksensa jakaantui seuraavasti: nainen 9,1 %, mies 2,7%, transmies 8,1 %, sukupuoleton 16,2 %, muunsukupuolinen 37,8 %, ei-binäärinen 16,2 % ja muu 10,8 %. Osa heistä toivoi jatkohoitoja, mm. psykoterapeuttista tukea, ja heidät kutsuttiin vastaanotolle hoidon tarpeen arviointiin.

Laadunseurantakyselyssä selvitettiin saatuja hoitoja, hoitotyytyväisyyttä, ajankohtaista sosiaalisen sukupuolittamisen ja kehodysforian kokemusta, kokemusta omasta sukupuoli-identiteetistä ja toimintakykyä eri elämän alueilla. Elämänlaatua kysyttiin 15D mittarin avulla.

7.2. Hoitotoimenpiteet ja hoitotyytyväisyys

Seurannassa tavoitetuista potilaista yli puolelle (N=23, 59 %) oli tehty rintakehäkirurginen toimenpide ja siihen oltiin myös hyvin tyytyväisiä (ka 4.82 asteilla 1-5, koettu haitta 1.53 asteikolla 1-5). Rintakehään kohdistuvat toimenpiteet oli yhtä henkilöä lukuunottamatta tehty julkisessa terveydenhuollossa.

Hormonihoitoa oli saanut myös yli puolet (N=24, 65 %) ja siihen tyytyväisyys oli hieman vähäisempi (ka 3.9, koettu haitta 1.86). Hormonihoidon oli keskeyttänyt 6 henkilöä.

Muut toimenpiteet olivat yksittäisiä: 2 epilaatiohoitoa, 2 kuukautisten estolääkitystä, 1 kohdunpoisto ja 1 rintaproteesi.

Rekisteritietojen mukaan 24 eli 65 % oli vaihtanut nimensä ja monella oli terapiaprosessi käynnissä.

Seurantapotilaista 6 ilmoitti, että he eivät olleet lopulta aloittaneet mitään fyysisiä korjaushoitoja eivätkä olleet myöskään vaihtaneet nimeään.

Avoimissa vastauksissa koetut hyödyt olivat erityisesti psyykkisiä: kehonkuvan eheytyminen (N= 21), itsevarmuuden lisääntyminen/sosiaalisten tilanteiden helpottuminen (N=9), mielialan ja elämänlaadun paraneminen/ahdistuksen väheneminen (N=7). Fyysisinä hyötyinä ilmoitettiin mm. äänen madaltuminen (N=7), rintojen sitomisen aiheuttaman kivun väheneminen (N=6), parran kasvun/karvoituksen muutos

STM038:00/2017

(N=4). Muita hyötyjä olivat mm. pukeutumisen helpottuminen (N=6) tai liikunnallisuuden lisääntyminen (N=4). Yhteensä erilaisia hyötyjä raportoitiin 87.

Hoidot aiheuttivat myös haittoja. Erilaisia haittoja ilmoitettiin yhteensä 29. Haittoja liittyi eniten mastektomiaan: mm. tuntohäiriöitä, kipuja tai vuotoja (N=6/23 eli 26 %) ja tyytymättömyyttä ulkonäköön/arpiin (N=3, 13 %). Hormonihoitoihin liittyi jonkinverran masennusta, ahdistusta tai mielialan ärtyvyyttä (N=2, 8 %), liiallista karvankasvua (N=1), ihon rasvoittumista (N=2), veriarvojen muutoksia (N=1) tai puheen muuttumista epäselvemmäksi (N=1). Joillakin sukupuoli-identiteettiin liittyi edelleen stressiä, turvattomuuden tunnetta ja vaikeutta käydä sukupuolittuneissa paikoissa. Vain yksi henkilö oli ilmoittanut dysforian pahentuneen ja katui hoitoja.

Seurantapotilaista 34 % kertoi saaneensa kaikki haluamansa hoidot, 23 % mietti mahdollisia uusia hoitoja ja 42 % ei ollut vielä saanut kaikkia haluamia hoitoja. Heistä osa odotti rintakehäkirurgiseen toimenpiteeseen pääsyä (n=6) ja osalla toivotut hoidot eivät olleet mahdollisia diagnoosin takia: kohdunpoisto (n=7), ulkosiin sukuelimiin liittyvät toimenpiteet (n=5) ja kivesten poisto (n=1). Kolme henkilöä toivoi muunsukupuolisuuden juridista vahvistamista. Isoimmaksi ongelmaksi koettiin muunsukupuolisuus diagnoosi, joka estää mm. munasarjojen poiston ja sukuelinkirurgian. Myös muut sairaudet, ylipaino, oma epävarmuus tai toive lapsesta olivat hoitojen toteuttamisen esteenä.

Seurantakyselyssä pyydettiin kuvaamaan ajankohtaista kärsimystä (asteikko 0= ei lainkaan, 100=sietämätön) siitä, että heidät ulkoisten ominaisuuksien perusteella luokitellaan tiettyyn sukupuoleen. Kärsimys sosiaalisesta sukupuolittamisesta oli keskimäärin 51.9 ja omaan kehoon liittyvä dysforia oli keskimäärin vain 34.5. Eniten dysforiaa aiheuttivat sellaiset kehon osat, joihin ei hoidoilla voida vaikuttaa kuten naiselliset muodot ja piirteet (N=11) tai pieni koko ja kasvonpiirteet (N=7). Myös mastektomian lopputulos (N=3), ääni (N=7), kuukautiset (N=4) tai kehollisessa välimaastossa oleminen (N=7) aiheutti dysforiaa.

Tutkimusjakson alussa 72 %:lla oli ollut keskivaikkea tai vakavaa psykiatrista oireilua ja valtaosa oli ollut psykiatrian poliklinikan tai YTHS:n asiakkaina. Myös neuropsykiatrisen oireilu oli yleistä (N=9, 23 %, autismisspektrin häiriö tai ADHD.)

Potilaiden kokemassa elämänlaadussa, toimintakyvyssä ja alkoholinkäytössä oli huomattavaa hajontaa. Tyypilliset vastaukset viittasivat varsin korkeaan toimintakykyyn ja hyvään elämäntyytyväisyyteen. Tutkimusprosessi oli erityisesti vahvistanut identiteettiä ja eheyden tunnetta (N=16, 41%), parantanut sosiaalista toimintakykyä ja lisännyt itsevarmuutta (N=12, 31 %) sekä vähentänyt kehodysforiaa (N=7, 18 %). Toisalta prosessiin oli liittynyt myös kielteisiä kokemuksia. Se oli mm. aiheuttanut sosiaalisissa suhteissa kielteisenä koettua huomiota (N=8, 20 %) ja itse tutkimusprosessi oli joillekin aiheuttanut ahdistusta tai

STM038:00/2017

stressiä (N=4, 10 %). Kuitenkin 28 henkilöä (71,8 %) kuvasi ajankohtaisen tilanteensa hoitojen suhteen hyväksi ja vain 3 (7,7 %) huonoksi.

Vastaajat kertoivat seitsemän hoitoprosessin parantamiseen liittyvää ehdotusta: hoitojen saamista muunsukupuolisille tulisi helpottaa, pohtimisille annettava enemmän aikaa, terapiaa oltava paremmin tarjolla, lisää resursseja, sensitiivisyyden parantamista ja hoitavien lääkäreiden pitäisi itse olla transihmisiä.

8. Kotimaiset hoitosuositukset ja selvitykset

Asiasta ei ole Käypä hoito-suositusta tai muuta kansallista hoitosuositusta

9. Ulkomaiset hoitosuositukset

9.1. Ruotsi

Ruotsin sosiaalhallitus on laatinut suosituksen sukupuoli-identiteetin variaatioihin liittyvän dysforia hyvän hoidon periaatteista (Sociastyrrelsen 2015). Suosituksessa todetaan tutkimusnäytön olevan puutteellista ja hoitojen on oltava lääketieteellisesti perusteltuja. Hoitoja suositetaan sukupuoli-ristiriidan kokemuksen aiheuttaman kärsimyksen, eli sukupuolidysforian perusteella, eikä identiteettivariaation perusteella. Suosituksessa kuvataan laajasti feminisoivat ja maskulinisoivat hoidot ja ne sisältävät myös mm. rasvansiirrot ja kasvokirurgian. Sukuelinkirurgiaa lukuun ottamatta hoitoja voidaan toteuttaa yksilöllisen tarpeen mukaan sekä trans- että muunsukupuolisille. Sukuelinkirurgia on mahdollista vasta juridisen sukupuolen vahvistuksen jälkeen. Kaikkien toimenpiteiden tavoitteena on terveyshyöty. Suosituksessa esitellään myös mahdollisuudet saada apuvälineitä.

Raportissa on kaksi keskeistä ydinsuositusta.

Sukupuoli-identiteettiin liittyvää dysforiaa tulisi hoitaa moniammatillisessa yhteistyössä. Sukupuoli-identiteetin ristiriitaa tulisi arvioida ja hoitaa ensisijaisesti työryhmässä, jossa on psykiatri, psykologi, sosiaalityöntekijä sekä endokrinologi. Yksilön tarpeiden mukaan työryhmää tulee laajentaa puheterapeutilla, foniatriilla, ihotauteihin erikoistuneella työntekijällä, gynekologilla tai andrologilla, seksuaaliterapeutilla sekä plastiikkakirurgilla.

Hyvä hoito perustuu asiantuntevaan neuvontaa, joka sisältää psykoterapian sekä psykososiaalisen tuen. Arviointivaiheen aikana on tärkeää, että henkilöllä on mahdollisuus tietopohjaiseen neuvontaan sukupuoli-identiteettiin liittyvän dysforian hoitovaihtoehtoista. Hoitoihin liittyy usein paitsi lääketieteellisiä myös sosiaalisia haasteita ja myös läheiset voivat tarvita psykososiaalista tukea. Psykososiaalisen tuen tarve pitää taata myös sukupuolen korjaamisen jälkeen.

STM038:00/2017

9.2. Kansainvälinen suositus

The World Professional Association for Transgender Health (WPATH) on moniammatillinen yhdistys, jonka tavoitteena on mm. edistää näyttöön perustuvia hoitokäytäntöjä transseksuaaleille, transhenkilöille ja sukupuoleltaan määrittämättömille (gender nonconfirming people). WPATH:n vuonna 2012 antamassa suosituksessa todetaan, että sukupuoli-identiteetin variaatiot eivät usein johda kärsimykseen ja kärsimyskin voi vaihdella elämän aikana. Jos henkilö kärsii sukupuoli-identiteettiin liittyvästä epäselvyydestä, tulee häntä auttaa yksilöllisesti. Hormonihoidot ja kirurgiset toimenpiteet ovat vain osa monista vaihtoehdoista. Oleellista on, että henkilö saa asiantuntevaa keskusteluapua sukupuolta koskevien tunteiden käsittelyyn ja keinoja kokemansa sukupuolen ilmaisuun. Lääketieteelliset toimenpiteet edellyttävät tietoista päätöksentekoa.

WPATH kuvaa seuraavat psykologiset ja lääketieteelliset hoitovaihtoehdot: sukupuolta ilmaisevan roolin harjoittelu, feminisoivat ja maskulinisoivat hormonihoidot, primaarisia ja sekundaarisia sukupuolta ilmaisevia kehonominaisuuksia muuttavat kirurgiset hoitomuodot ja psykoterapia. Sosiaalisen tuen keinoina esitetään erin tavoin järjestetyt tukiryhmät ko. henkilöille sekä heidän läheisilleen, ääni ja kommunikaatioterapia, karvanpoisto, rintojen sitominen, kehon sekundaarisia sukupuolta ilmaisevien apuvälineiden käyttö ja nimen muutos.

Ohjeistukseen on kirjattu kirurgisten toimenpiteiden edellytykset. Rinta-/rintakehäkirurgian edellytyksenä on pysyvä, hyvin dokumentoitu sukupuoli-identiteetin ristiriita, kyky tietoiseen päätöksentekoon, täysi-ikäisyys ja muiden sairauksien kuten mielenterveyshäiriöiden hyvä hoitotilanne. Sukuelinkirurgian edellytyksenä on näiden lisäksi 12 kuukauden hormonihoito ja 12 kuukauden tosielämän koe tavoitteena olevan sukupuolen roolin mukaisesti. WPATH kuvaa tosielämän kokeen tärkeyttä osoittamaan, miten hyvin henkilö tulee selviytymään toivomassaan sukupuoliroolissa arjen eri tilanteissa. Tosielämän koe valmistaa niin transhenkilöä kuin läheisiä sukupuolen korjaamiseen.

WPATH painottaa, että sukupuoli-identiteetin variaatioihin liittyvät ongelmat ja koettu kärsimys heijastavat ei vain henkilön omaa ristiriitaa vaan myös kunkin yhteiskunnan suvaitsevaisuutta, tasa-arvoa ja kansalaisten oikeuksia.

10. Interventioiden kustannukset ja budjettivaikutukset

10.1. Sairaalakohtaiset kustannukset

Suomessa hoitoprosessin kustannuksista ei ole kattavia tietoja. HUS:ssa hoitojen ja tutkimusten yhteenlaskettu kustannusarvio oli mahdollista saada aikuispotilaiden osalta ja diagnoosien F64.0 ja F64.8



STM038:00/2017

kohdalta erikseen (taulukot 6 ja 7). TAYS:n osalta kustannustiedot ovat kaikista transpoliklinikan täysi-ikäisistä asiakkaista, myös F64.9 diagnoosin saaneiden osalta. TAYS:n kustannukset on lisäksi eritelty toimialoittain. TAYS:sta kerätyt tiedot osoittavat, että koska diagnoosi ei useinkaan varmistu tutkimusprosessin käynnistymisvuotena, on tutkimusprosessin kokonaiskustannuksia arvioitaessa huomioitava myös F64.9. Pääosalla heistä diagnoosiksi varmistuu joko F 64.0 tai F64.8, mutta osalle lopulliseksi diagnoosiksi jää F64.9. On myös huomioitava, että kustannusten kerääminen potilastietojärjestelmästä ei ole kattavaa ja kustannukset on todennäköisesti aliarvioitu.

Taulukkojen 6 ja 7 kustannukset sisältävät vain HUS:ssa tai TAYS:ssa tehdyt arviot ja annetut hoidot, ei muihin sairaaloihin ohjattujen käyntien ja toimenpiteiden kustannuksia eikä perusterveydenhuollon seurantakäyntejä. Kustannukset oli arvioitavissa vuosilta 2010-2018.

STM038:00/2017

Taulukko 6. HUS:n aikuisten sukupuoli-identiteetin tutkimuspoliklinikalle ohjattujen potilaiden kustannukset F64 ja F64.8 diagnoosien ja HUS käytien osalta.

vuosi	Kustannukset				
	Yhteensä kaikki toimialat (euroa)		Psykiatria Akuutti- ja kons. (euroa)		
	F64.0	F64.8	F64.0	F64.8	F64.9
2010	541 569	380	77 270	270	148 246
2011	645 916	910	76 860	500	171 720
2012	709 164	5 895	59 500	4 165	167 760
2013	810 364	12 068	95 448	4 195	314 785
2014	979 876	35 698	97 785	9 650	317 335
2015	1 491 211	39 471	171 014	9 593	387 822
2016	1 600 040	22 560	178 052	10 879	474 857
2017	1 972 934	23 359	189 613	9 198	400 356

STM038:00/2017

Taulukko 7. TAYS:n aikuisten sukupuoli-identiteetin tutkimuspoliklinikalle ohjattujen potilaiden kustannukset F 64.0 ja F64.8 diagnoosien ja TAYS käyntien osalta.

Vuosi	Kustannukset € Trans-pkl			Kustannukset € Hormonipkl	Kustannukset € Kirurgia	Kustannukset € Yhteensä
	F64.0 .8	F64.8	Kaikki dgn	F64.0 ja F64.8	F64.0 ja F64.8	F64.0 ja F64.8
2010	60 835	716	154 765		12 931 / 0	
2011	84 018	781	202 587		44 726 / 0	
2012	94 151	2303	254 696		68 018 / 3911	
2013	99 006	3444	293 171		113 156 / 133	
2014	85 984	6270	307 165	75 968	69 835/ 0,00	237 787
2015	103 858	5194	298 370	91 269	40 981/ 159	242 899
2016	128 934	5460	373 158	115 179	51 615 / 6206	307 395
2017	160 881	7645	453 399	147 474	63 411/ 13 878	393 289
2018	180 780	13 116	609 442	173 797		

STM038:00/2017

10.2. Hoitoprosessikohtaiset kustannukset

HUS:n potilasaineistojen perusteella on tehty arviot psykiatrisen arviointiosuuden kokonaiskustannusten vaihteluvälistä. Tässä huomioitiin kustannuksiltaan kevein eli suppein arvio, tyypillinen moniammatillinen translain mukainen tutkimus, jossa potilas jatkaa tosielämän seurantaan sekä laajin mahdollinen tutkimusjakso. Suppein tutkimus maksaa noin 100 € ja se sisältää vain puhelimitse tehdyn alkuarvion/konsultaation, joka ei johda tutkimusjaksoon. Tyypillinen tutkimuskokonaisuus maksaa noin 4000 € (2000-3000 €, jos kaikki tutkimukset eivät ole ajankohtaisia). Laajin, neuropsykiatrisen selvittelyn sisältävä tutkimusjakso maksaa noin 8500 € ja se sisältää enemmän verkostoyhteistyötä ja mm. autismisäätiön ostopalvelun (korkeintaan 2300€).

Tavanomainen tutkimusjakso sisältää

- Tosielämän seurannan lausuntoineen noin 750 €, johon ne potilaat eivät etene, jotka eivät saa transdiagnoosia
- transsensitiivisen terapian 850 €, jota kaikki eivät tarvitse
- psykologin tutkimuksen n 950 €, jota ei tehdä akuutisti oireileville, joita ei voinnin puolesta kannata psykologin vielä tutkia, tai jos on muualla tuoreesti tutkittu tai potilas on vakaa, psykoterapiassa käynyt aikuinen.

Nuorten sukupuoli-identiteetin tutkimusprosessi (3-16 tapahtumaa) maksaa TAYS:ssa ja HUS:ssa 640-4300 euroa/potilas. Kustannukset tilanteessa, jossa todetaan, että prosessi ei ole oikea-aikainen esim. vakavan, kiireellisemmin hoitoa vaativan psykiatrisen häiriön takia ovat alimillaan 640 € ja sisältävät jatkohoitoon ohjauksen. Tosielämävaiheen seuranta, second opinion ja lausunnot aiheuttavat noin 1 200 euron kustannukset /potilas.

TAYS:ssa ennen puberteettia tapahtuva konsultaatiokäynti sisältäisi vähimmillään laajan arvionikäynnin, jonka kustannukset ovat 369 €. Tarvittaessa voidaan myös järjestää polikliininen konsultaatiopäivä, jonka kustannukset ovat 1408 €.

TAYS:n hormonipoliklinikalla ensikäynnin hinta on 248 €, seurantakäynnit yleensä 182 €. Poliklinikka käyntejä on minimissään yksi ja hoidon toteutuessa vähintään 4. Seuranta voi jatkua harvajaksoisena vuosia, jos henkilöllä on muita sairauksia, jotka vaikuttavat hormonihoidon toteutukseen. Seurantaan voi liittyä myös soittoaikoja, joiden hinta vaihtelee 45-108 euron välillä. Edullisimmillaan hoitajakso on 248 €, hormonihoidon toteutuessa vähintään 794 € ja enimmillään muutama tuhat euroa.

STM038:00/2017

Mikäli alaikäisellä päädytään jarrutushoitoon, ovat TAYS:ssa ensimmäisen vuoden kustannukset noin 2000 euroa. Alaikäisen hormonihoidossa seurantakäynnit ovat usein tiheämpiä ja kustannusten vaihteluväli on 364-1200 euroa vuodessa.

Kirurgisen hoidon kustannukset riippuvat toteutetuista toimenpiteistä ja niihin mahdollisista liittyvistä toiminnallisten haittojen aiheuttamista jälkiseurannan ja uusintaleikkauksien tarpeista.

Rintakehäkirurgian kustannuksia on tarkemmin tarkastettu TAYSin osalta. Kirurgian poliklinikalla on ollut yhteensä 228 kontaktia, joiden kustannukset olivat yhteensä 87 161 €. Näistä diagnoosilla F64.0 oli 190 käyntiä ja niiden kustannukset olivat yhteensä 72 494€ eli keskimäärin 382€. Diagnoosilla F64.8 käyntejä oli 38, kustannukset 14 667 € eli keskimäärin 386€. Kustannukset sisältävät sekä lääkärikäynnit että hoitokäynnit (ompeleiden poisto, haavan hoito). Rintakehäkirurgisia toimenpiteitä on TAYS:ssa tehty yhteensä 55, joiden kustannukset olivat yhteensä 187 139 €. Diagnoosilla F64.0 oli tehty yhteensä 45 leikkausta, joiden kustannukset olivat 152 290€. F64.8 diagnoosilla oli tehty 10 leikkausta, joiden kustannukset olivat 34 849€. Taysissa rintakehäkirurgisten toimenpiteiden keskimääräinen kustannus on 3403€/leikkausepisodi.

HUS:ssa rintakehäkirurgisia toimenpiteitä oli tehty diagnoosilla F64.0 pelkästään vuoden 2019 aikana yhteensä 65. Niiden yhteishinta kuntalaskutuksessa oli 346 556 €, keskimäärin 5332 €/leikkausepisodi.

Sukuelinkirurgisia toimenpiteitä tehdään vain HUS:ssa. Näistä aiheutuvien toimenpiteiden kustannukset ovat vaginoplastian osalta keskimäärin 15 000 € ja falloplastian osalta keskimäärin 20 000 €. Esimerkiksi vuoden 2019 aikana muodostettiin 21 henkilölle naisen sukuelimet ja 8:lle henkilölle vastaavasti miehen. Seuranta ja lisätoimenpiteet nostavat plastiikkakirurgian osalta merkittävästi kokonaiskustannuksia. Esimerkiksi huomioitaessa 3 vuoden seuranta vaihtelevat vaginoplastian kustannukset 15 000-23 000 euron ja falloplastian 24 000-40 000 euron välillä. Seuranta ja lisätoimenpiteiden tarve voi jatkua merkittävästi pidempäänkin kuten Taulukon 2 plastiikkakirurgian potilasmäärät osoittavat.

Riippuen tutkimusprosessin kestosta ja tarvittavista toimenpiteistä keskimääräiset potilaskohtaiset erikoissairaanhoidon kustannukset ilman lääkehoitojen sairausvakuutuskorvausta, sairauspäiväkorvauksia ja matkakukulujen korvauksia ovat seuraavat:

- psykiatrinen tutkimus ja diagnoosi riittävät: 4000 €
- aloitetaan myös hormonihoido: lisäkustannus vähintään n 800 € ensimmäisen 2-3 vuoden ajalla, sen jälkeen kotipaikkakunnalla perusterveydenhuollossa tai erikoissairaanhoidossa toteutuvasta poliklinisestä seurannasta aiheutuvat kulut loppuelämän ajan
- tehdään myös rintakehään kohdistuva toimenpide: lisäkustannus 3400-5300 €, lisäksi polikliiniset käyntikustannukset

STM038:00/2017

- tehdään kohdunpoisto (sisältään nykyään usein myös samanaikaisen emättimen poiston):
lisäkustannus 4 500 -5 800 €, lisäksi polikliiniset käyntikustannukset
- tehdään sukuelimiin kohdistuva toimenpide: 15 000-20 000 €, lisäksi polikliiniset seurantakulut ja mahdolliset myöhäiskorjaukset, joista aiheutuvat kustannukset voivat olla yli kaksinkertaiset.
- epilaatiohoito (185 €/kerta) korkeintaan 1295 €
- foniatriin konsultaatio 530 €
- puheterapia (185 €/käynti) korkeintaan 1850 €

Näiden kustannusten lisäksi on huomioitava yksilöllisesti tarpeelliset erilliset arviointi- ja seurantakäynnit sekä mahdolliset lisätoimenpiteet. Yksittäisillä potilailla hoitokokonaisuuteen kuuluu myös epilaatiohoito (185 euroa/hoitokerta eli korkeintaan 1295 euroa), foniatriin konsultaatio (530 euroa) ja puheterapia (185 euroa/käynti eli korkeintaan 1850 euroa).

11. Hoitoon hakeutuvien ja hoitoja saaneiden näkökulma

Palko järjesti kaksi tapaamista, joista toiseen osallistui Setan, Trasekin ja Translasten ja –nuorten perheet järjestöjen edustajia. Heiltä saatiin myös lausunnot tapaamisen jälkeen (valmistelumuistion liitteet 3 ja 4). Toisessa tapaamisessa keskusteltiin erilaisia sukupuoli-identiteetin variaatioita edustavien henkilöiden kanssa. Kummassakin tilaisuudessa keskustelua ohjasi dosentti Samuli Saarni osana laajempaa eettistä arviota. Tilaisuuteen osallistuivat Palkon sihteereistä pääsihteeri Ilona Autti-Rämö ja erityisasiantuntija Sari Koskinen sekä seksuaaliterveysjaoston puheenjohtaja Mirva Lohinevä-Kerkelä skypeyhteydellä. Järjestöjen ja potilaiden näkökulmat on huomioitu eettisessä arvioissa (valmistelumuistion liite 5). Tähän yhteenvedon on koottu hoitoon ja sen toteutukseen esitettyjä toiveita ja toteamuksia.

11.1. Järjestöjen esiintuomat asiat

Järjestöjen kanssa käydyssä keskustelussa painottuivat hoitojärjestelmään liittyvät koetut epäkohdat ja korjaustarpeet.

Yhdeksi ongelmaksi esitettiin, että lapsille ja nuorille on riittämättömät palvelut eivätkä he saa asiallista tietoa. Puberteetin jarrutushoitojen mahdollisuus edellyttää, että sukupuoliristiriita tunnistetaan oikea-aikaisesti. Järjestöjen edustajat esittivät, että pitäisi olla mahdollisuus osaavaan lastenpsykiatriseen ja nuorisopsykiatriseen arviointiin, kun sukupuoli-identiteettiin liittyvä dysforia pitkittyy ja alkaa aiheuttaa lapsuusiässä toiminnallista haittaa. Tuotiin myös esille nuorten itsemääräämisoikeus ja kyky päättää omasta kehostaan sekä jarrutushoidon aloituksesta.

STM038:00/2017

Aikuisten hoitoon pääsyn esitettiin olevan liian vaikeaa. Järjestöjen edustajat kokivat, että muunsukupuolisten diagnostiikan ja hoidon tarvetta ei ole riittävästi huomioitu. Muunsukupuoliset eivät liioin uskalla kertoa totuudenmukaisesti kokemuksestaan, jotta hoitoja ei evättäisi. Järjestöjen edustajat painottivat, että on annettava tilaa ja aikaa pohtia, mitä ihminen haluaa. Hoitoon hakeutuvan on toisaalta tarkkaan ymmärrettävä hoitomahdollisuudet ja niiden mahdolliset haitat ennen hoitoihin ryhtymistä. Järjestöjen näkökulmasta katuminen on harvinaista, se liittyy usein riittämättömiin hoitoihin suhteessa toiveisiin sekä hoitojen komplikaatioihin.

Turvallisuuden painottaminen on järjestöjen edustajien mielestä luonut liian tiukat hoidon saannin kriteerit. Mielenterveydenhäiriö ei saa olla sukupuoli-identiteetin variaatiosta johtuvan dysforian hoidon este, voivat olla samanaikaisia. Hoitamatta jättäminen ei ole koskaan todellinen vaihtoehto, voi johtaa traumaattisiin kokemuksiin.

Henkilön itse toivomien kirurgisten hoitojen saaminen on vaikeaa, keskitetyssä hoitomallissa potilailla ei ole ollut mahdollisuutta valita toimenpiteitä. Järjestöjen edustajat painottivat, että henkilön omia toiveita leikkaustoimenpiteiden sisällön suhteen pitäisi kunnioittaa. Kirurgiset hoidot ovat onnistuneet silloin kun hoidettu on lopputulokseen tyytyväinen. Kirurgisten hoitojen saannin rajana koettiin olevan epärealistiset painoindeksit.

Karvoituksen poistomäärät (epilaatio) kuvattiin riittämättömiksi. Toivottiin myös transmaskuliinista ääniterapiaa sekä iäkkäiden tarpeiden parempaa huomioimista.

Järjestöjen edustajat kokivat, että lääkkeiden korvauseriaatteet eivät ole selkeät.

Hoitojen vaikuttavuuden arvioinnissa keskeiseksi kuvattiin elämänlaatu ja kokemus siitä, voiko elää kokemustaan vastaavassa sukupuoliroolissa. Kyky normaaliin sosiaaliseen toimintakykyyn ja työelämään osallistumiseen luovat edellytykset myös psyykkiseen hyvinvointiin, jolloin jaksaa huolehtia myös terveydestään.

Yleisiä vasta-aiheita sukupuolen tunnusmerkkejä muuttaville hoidoille ei tunnistettu. Ainoa selkeä kontraindikaatio on akuutti psykoosi. Muilta osin on aina varmistettava, että henkilön odotukset hoidon tulosten suhteen ovat realistiset.

Nykyisin puuttuvista tai riittämättömistä hoidoista mainittiin erityisesti psykososiaalinen tuki. Psykososiaalista tukea tulisi antaa jo varhain, koulukuraattori voisi toimia keskeisenä tukihenkilönä. Transpoliklinikoille ohjautuu tällä hetkellä sekä varmoja että epävarmoja henkilöitä, lyhyt terapeutin keskustelu olisi kaikille hyvä ja valmistaisi itse prosessiin. Kolmannen sektorin rooli vertaistuen antaja ja psykososiaalisen tuen järjestäjänä on keskeinen mutta riittämätön.

STM038:00/2017

Järjestöjen mielestä henkilöiden tarpeita kunnioittava, elämänlaatua parantava ja dysforiaa lievittävä hoito pitää järjestää julkisen terveydenhuollon toimesta. Myös tarvittavien apuvälineiden hankinta kuuluu terveydenhuollon palveluihin.

Juridisen sukupuolen määrittämisen osalta järjestöt ehdottivat juridisen ja lääketieteellisen määrittelyn erottamista. Todettiin kuitenkin, että osa haluaa ensin juridisen sukupuolen ja osa lääketieteelliset hoidot ennen juridista sukupuolta. Nykykäytäntö, jossa juridinen sukupuoli määritetään vasta tosielämäkokeen jälkeen, johtaa epätasa-arvoon niin työelämässä kuin monessa arjen tilanteissa. Tuotiin esille myös ongelmatilanne, jossa henkilö on läpikäynyt sukupuolen muuttaneet hoitoprosessit ulkomailla.

11.2. Lääketieteellisiä hoitotoimenpiteitä saaneiden henkilöiden näkemyksiä

Muunsukupuoliset toivat vahvasti esiin sen, että he eivät ole voineet kertoa rehellisesti tuntemuksistaan, jotta saisivat itselleen tärkeät hoidot. Haastatellussa ryhmässä toivotuin hoito oli ollut rintojen poisto. Osa oli kokenut, että oli joutunut syömään hormoneja vasten tahtoaan, jotta rintojen poisto mahdollistui. Se, että hormonihoitojen jälkeen lopputulos olisi parempi, ei ollut henkilöille oleellista. Muunsukupuolisia yhdisti se, että ulkoiset sukupuolta ilmaisevat piirteet häiritsivät ja niistä haluttiin eroon. Rintojen poisto oli useimmille riittävä hoitomuoto.

Transhenkilöitä oli kuormittanut erityisesti pitkät etäisyydet hoitopaikkaan ja paikallisen psykososiaalisen hoidon ja tuen puute. Myös pitkä tosielämän vaihe oli monille kuormittavaa kun henkilötodistuksissa oli vielä väärä sukupuolimerkintä. Tämä oli johtanut toistuviin kiusallisiin tilanteisiin niin matkustaessa kuin yllättävissä henkilötietojen tarkastustilanteissa.

Nuoremmat henkilöt kuvasivat, miten vaikeaa nuorelle on läpikäydä voimakkaita kehoristiriitaan liittyviä tunteita ja miten se vaikuttaa myös mielenterveyteen. Vanhempien tuki tai tuen puute on keskeistä omien tunteiden selvittämisessä. Tilanteet, joihin sukupuolittuneessa kouluympäristössä voi pahimmillaan joutua, kuvattiin ahdistaviksi. Nuoremmat henkilöt myös toivoivat, että vanhemmille järjestettäisiin tukea ja että vanhemmille kerrottaisiin myös oleelliset hoitoihin liittyvät tiedot ettei heidän tarvitsisi kertoa niistä itse.

Terveydenhuollon ammattilaisten kouluttaminen sukupuoli-identiteetin variaatioiden ymmärtämiseen ja diagnostiikkaan koettiin tärkeäksi, jotta lasten ja nuorten olisi helpompi kertoa ajatuksistaan ja tunteistaan. Kaikkien vanhemmat eivät pysty näistä asioista keskustelemaan. Nuorimmat henkilöt kertoivat, että nuoruus on hyvin vaikeaa aikaa eikä aina tiedä, mikä olisi oikein, varsinkin kun hoitotoimenpiteet johtavat pysyviin muutoksiin. ”Muahan ei kukaan taluttanut sinne, kirurgin veitsen alle. Piti jatkuvasti möyhiä niitä vaikeita asioita. Tietylnainen seilaus siinä, että tekeekö oikein vai ei, oli raskasta”.

STM038:00/2017

Henkilöiden kuvauksista kävi ilmi, että mitä vanhempana he olivat päätyneet tutkimuksiin, sitä selkeämmältä prosessi näyttäytyi ja sujui. Tuli tunne, että heitä uskottiin. Silti myös vanhemmat henkilöt kertoivat, että oli hyvä että annettiin aikaa pohtia, mitä oikeasti haluaa ja että heille kuvattiin hoitoprosessin vaihtoehtoja.

Hoitojen vaikuttavuuden mittareiksi esitettiin hyvä henkinen ja fyysinen hyvinvointi. Tuotiin esille, että uudessa roolissa elämiseen vaikuttaa myös sosiaalinen hyväksyntä. Asuinpaikka vaikuttaa siihen, kuinka julkisesti voit olla sitä mitä olet. Asenteissa on paljon muutettavaa.

12. Eettinen analyysi

Jaoston tilaama eettinen analyysi on valmistelumuistion liite 5. Analyysia on työstetty koko jaoston toimikauden ajan keskustelemalla keskeisistä kysymyksistä niin jaoston kokouksissa kuin potilaiden edustajien kanssa sekä läpikäymällä aiheeseen liittyvää kirjallisuutta. Kappaleissa 12.1 ja 12.2. on eettisen analyysin tekijöiden tekemä tiivistelmä laajemmasta kokonaisuudesta, joka perustui EUNETHTA – menetelmän eettisen osuuden kysymyksiin sekä tämän hoitokokonaisuuden kannalta keskeisiin teoreettisiin viitekehyksiin (valmistelumuistion liite 5). Kappaleessa 12.3. tuodaan esiin jaoston kliinisten asiantuntijoiden näkemykset eettisistä kysymyksistä sukupuoli-identiteetin dysforian hoidossa.

12.1. Eettisten kysymysten tarkastelu

Muistion ensimmäinen osa pyrkii kuvaamaan teemaan liittyvät eettiset kysymykset seuraavien pääotsikoiden alla:

1. Hyötyjen ja haittojen suhde
2. Autonomia
3. Ihmisyden kunnioittaminen
4. Oikeudenmukaisuus ja yhdenvertaisuus
5. Lainsäädännölliset tekijät
6. Eettiset tekijät itse menetelmien arvioon liittyen

Keskeiset raportissa tunnistetut teemat esitetään seuraavaksi.

STM038:00/2017

12.1.1. Hyötyjen ja haittojen suhde

12.1.1.1. Ilmiön luokittelu, luokittelun haasteet ja merkitys

Merkittävä haaste sukupuolen variaatioiden hoitoa arvioitaessa liittyy kyseessä olevan ilmiön luokitteluun ja teoreettiseen käsitteellistämiseen. Taustalla on erilaisia käsityksiä itse ilmiön luonteesta ja syistä, jotka voivat sisältää arvolatauksia. Muuttuva diagnostiikka aiheuttaa lisäksi käytännön haasteita empiirisen tutkimusnäytön keräämiselle.

Käytännön tasolla haasteena on, että ei ole selvää missä määrin sukupuolen variaatioihin liittyviä ongelmia kannattaa tarkastella yhtenä tai useampana ilmiönä. Nykyisessä diagnostiikassa erotetaan transsukupuolisuus muista sukupuoli-identiteetin häiriöstä, kun taas tulevassa ICD-11 järjestelmässä ilmiötä pyritään tarkastelemaan yhtenä ryhmänä. Empiirinen tutkimus ja hoitosuosituksien tekeminen yleensä voimassa olevien diagnoosijärjestelmien perusteella.

Diagnostiikkajärjestelmän ja sairauskäsitteen merkitystä kuvaa se, että terveydenhuollon toimintatapa perustuu lääkärin asettamaan sairauteen tai vammaan kuvaavaan diagnoosiin tai niiden epäilyyn tai ennaltaehkäisyyn perustuviin tutkimuksiin. Näillä perusteilla potilas saa oikeuden julkisesti rahoitettuihin terveydenhuollon palveluihin.

12.1.1.2. Hyötyjen ja haittojen suhde

Sukupuolen variaatioiden lääketieteellisten hoitojen merkitystä arvioitaessa on huomioitava, että tiloista aiheutuvat haitat voivat olla hyvin moninaisia ja kohdistua yksilön fyysisiin, psyykkisiin tai sosiaalisiin ominaisuuksiin. Tästä seuraa, että ihmisten auttaminen ei voi rajautua vain lääketieteellisiin keinoihin, vaan myös yhteiskunnallisilla toimilla ja asenteilla on merkittävä vaikutus. Tärkeä kysymys on, kuinka pitkälle yhteiskunnallisia ilmiöitä (kuten syrjintää) tulisi ja voidaan hoitaa hoitamaan lääketieteen (biologisin ja psykologisin) keinoin. Yhtä lailla hyvin erilaisille elämänalueille kohdistuvien hyötyjen ja haittojen keskinäinen empiirinen punninta on poikkeuksellisen vaikeaa.

12.1.1.3. Puutteellisen tietopohjan merkitys

Empiiristä tutkimusta, joka täyttäisi muualla lääketieteessä vaadittavan laatutason, on melko vähän. Muunsukupuolisten hoidoista ei löytynyt käytännössä yhtään riittävän laadukasta tutkimusta. Keskeinen ongelma on, että kontrolloidut (vertailuryhmän sisältävät) tutkimukset puuttuvat. Ilman vertailuryhmää ei voida luotettavasti osoittaa hoitojen vaikutusta. Potilasjärjestöjen käsitys tietopohjan vahvuudesta vaikuttaa olevan erilainen kuin kirjallisuuskatsauksen perusteella syntynyt.

STM038:00/2017

Keskeinen kysymys on, kuinka pitkälle tätä ongelmaa voidaan kiertää korostamalla ihmisoikeusnäkökulmaa (subjektiivinen oikeus hoitoihin) tai ihmisten itsemääräämisoikeuden kautta (oikeus ottaa riskejä puutteellisen tiedon varassa). Julkisesti rahoitetussa terveydenhuollossa tarjotaan lähtökohtaisesti vain sellaisia hoitoja, joiden hyödyistä on olemassa näyttöä.

12.1.2. *Autonomia*

Yksilön autonomian lisääminen tai turvaaminen fyysisellä, psyykkisellä ja sosiaalisella tasolla on yksi tapa käsitteellistää lääketieteellisten hoitojen keskeiset päämäärät.

Psyykkistä autonomiaa voidaan yksilötasolla lisätä vähentämällä dysforiaa tai lisäämällä psyykkistä autonomiaa erilaisin psykososiaalisin keinoin. Fyysisen autonomian lisäämisessä haasteeksi tulevat kirurgisten hoitojen rajalliset mahdollisuudet sekä vakavien komplikaatioiden suhteellinen yleisyys, jotka voivat myös vähentää fyysistä toimintakykyä ja näin autonomiaa fyysisellä tasolla. Sosiaalisen autonomian lääketieteellisen tukemisen onnistuminen liittyy monimutkaisella tavalla ihmisen tavoittelemaan rooliin, hoitojen lopputulokseen ja yhteiskunnallisiin asenteisiin.

Toinen autonomiaan liittyvä keskeinen kysymys on kuka päättää hoidoista ja minkälaisilla perusteilla. Terveydenhuollon toimintatapa korostaa potilaiden oikeutta kieltäytyä heille tarjotuista, vaikuttaviksi oletetuista hoidoista. Lisäksi korostuu ammattilaisten velvollisuus varmistua ja tukea potilaiden kompetenssia, eli mahdollisuuksia tietoon perustuvaan päätöksentekoon omista tarjolla olevista hoitovaihtoehdoista. Päätöksentekokyvykkyyden arviointi voi olla vaikeaa, koska tietopohja on puutteellista, kyse on vaikeasti ennakoitavista koko loppuelämää koskevista valinnoista ja yksilön voi olla dysforian tai yksilönkehityksen keskeneräisyyden vuoksi vaikea punnita eri tekijöitä keskenään. Vastaavasti potilasjärjestöjen näkökulmasta korostuu ihmisten oikeus itse määrittää ne hoidot, jotka he katsovat omaan identiteettiinsä sopiviksi. Keskeistä olisi löytää yhteinen näkemys potilaiden ja ammattilaisten kesken autonomisen päätöksenteon rajoista ja kompetenssin edistämisen keinoista, joka on linjassa muun terveydenhuoltojärjestelmässä mahdollistettavan autonomisen päätöksenteon kanssa. Haasteena autonomian tukemisessa ja sen kehittämisessä hoitojärjestelmän puolelta ovat erilaiset näkemykset toiminnan motiiveista ja autonomian rajoista: potilaat voivat tulkita autonomian oikeudeksi *päättää* (eikä vain suostua tai kieltäytyä tarjolla oleviin hoitoihin) vapaasti itse hoidoistaan, jolloin lääkärin tutkimukset ja prosessin kesto koetaan autonomian rajoitteiksi. Lääkärit taas tulkitsevat tosielämän kokeen, perusteellisen arvioprosessin ja lääkärin "portinvartijana" olevan tarpeellisia potilaiden autonomisuuden tukemiseksi ja varmistamiseksi. Autonomian tukeminen on erityisen tärkeää, koska kyseessä on monella tavalla haavoittuvainen ihmisryhmä.



STM038:00/2017

12.1.3. Ihmisarvo

Hoidot liittyvät ihmisarvon, integriteetin ja yksityisyyden ydinalueella. Ne koskettavat hyvin henkilökohtaisia asioita, joihin kohdistuvat loukkaukset ovat ihmisarvon kannalta merkittäviä. Tämä korostaa yhdenvertaisuuden, syrjimättömyyden ja läpinäkyvien perustelujen tarvetta julkiseen palveluvalikoimaan kuuluvien hoitojen määrittelyssä.

12.1.4. Oikeudenmukaisuus ja yhdenvertaisuus

Oikeudenmukaisuus ja yhdenvertaisuus suhteessa muihin terveydenhuollon potilasryhmiin ja toimintaperiaatteisiin on keskeinen tavoite määriteltäessä julkisen palveluvalikoiman sisältöä. Palveluvalikoiman periaatteista ei voi joustaa yhden potilasryhmän kohdalla ilman, että se asettaa kansalaiset eriarvoiseen asemaan perusoikeuksien suhteen. Mikäli näin halutaan toimia, tulisi se oikeuttaa erillisellä lainsäädännöllä tms. normipohjalla.

Keskeiset kysymykset ovat miksi ja millä tavalla syntymässä määritettyyn sukupuoleensa tyytymätön on oikeutettu julkisin varoin tarjottuihin hoitoihin, ja mitä nämä hoidot sisältävät. Käytännön yhdenvertaisuutta joudutaan pohtimaan esimerkiksi suhteessa syntymässä määritettyyn sukupuoleensa tyytyväisten, mutta kehodysforiasta kärsivien ja väärin sukupuolittuvien ihmisten hoitoihin. Toinen haastava kysymys on, miten määritetään julkisen rahoituksen näkökulmasta kohtuullinen hoidon esteettinen lopputulos (kuinka pitkälle tietynlaisen sosiaalisen roolin saavuttaminen on julkisesti rahoitettua ja lääketieteellistä toimintaa). Käytännössä esteettisiksi katsotut lääketieteelliset hoidot on rajattu palveluvalikoiman ulkopuolelle.

12.1.5. Lainsäädäntö

Sukupuolen variaatiot ovat sikäli oikeudellisesti erikoisasemassa, että transsukupuolisia koskeva erillislainsäädäntö on jo olemassa. Tämän lainsäädännön muuttamiseen erityisesti lisääntymiskyvyttömyyden vaatimuksen osalta on painavia perusteita.

Sukupuolen variaatioita koskevat hoitosuosituksiin tulee soveltaa terveydenhuollon normaalin lainsäädäntöä ja niiden tulee perustua lääketieteelliseen näyttöön. Toisaalta tämä lähtökohta on haastava sikäli, jos tiloja ei haluta pitää sairauksina vaan ominaisuuksina tai tiloina, ja hoitoja enemmän ihmisoikeus- kuin lääketieteellisinä kysymyksinä. Sukupuolen variaatioiden hoitojen erillisääntely lainsäädännöllä vaikuttaisi jatkossakin perustellulta ja eri toimijoiden rooleja ja vastuita selkeyttävältä lähestymistavalta.

STM038:00/2017

12.1.6. Hoitosuosituksen merkitys

On tärkeää erottaa hoitosuositus (mitä voitaisiin tehdä, mitä potilaat toivovat ja mistä kaikesta voisi olla hyötyä) nyt työn alla olevasta julkisesti rahoitetun palveluvalikoiman määrittelystä.

Koska aihe on yhteiskunnallisesti kiinnostava, eri tahoilla on varsin ristiriitaisia odotuksia hoitojen suhteen ja lähetemäärät ovat jyrkässä kasvussa, on palveluvalikoiman määrittely ajankohtainen ja merkittävä asia.

12.2. Eettisten kysymysten analyysi

Raportin toisessa osassa esitetään erilaisia tapoja punnita tunnistettuja argumentteja keskenään. Nämä argumentaation tavat perustuvat EUnetHTA-mallin mukaisesti, yleisesti hyväksytyihin tapoihin analysoida bioeettisiä kysymyksiä. Käytetyt analyysitavat ovat

1. Kasuistiikka
2. Koherenssianalyysi
3. Interaktiivinen HTA
4. Prinsiplismi
5. Teknologioiden sosiaalinen muokkautuminen

12.2.1 Kasuistiikka

Kasuistiikan lähtökohtana on ratkoa moraalisesti haastavia tapauksia vertaamalla niitä merkittäviltä osin samankaltaisiin tapauksiin, joihin meillä on laajasti hyväksytty ratkaisu olemassa. Kasuistiikka soveltuu hyvin Palveluvalikoimaneuvoston työn tueksi, koska samankaltaisten terveysongelmien ja hoitojen yhdenmukainen sisällyttäminen palveluvalikoimaan on arvokasta. Tällainen analyysimalli tukee yhdenvertaisuuden periaatetta, joka on myös yksi Palveluvalikoimaneuvoston ohjaavia periaatteita.

Keskeinen kysymys on, miten erilaisia sukupuolen variaatioita tulisi kohdella julkisessa terveydenhuoltojärjestelmässä. Lähtökohtaisesti transsukupuolisten hoidot on erillislainsäädännöllä hyväksytty suomalaisen palveluvalikoiman osaksi, mutta muiden sukupuolen variaatioiden hoitojen osalta tilanne on epäselvempi.

Transsukupuolisten hoitoja koskeva erillislainsäädäntö on perusteltua sikäli, että transsukupuolisuuteen - toisin kuin muihin sukupuoli-identiteetin variaatioihin - liittyy oikeudellisen sukupuolen muuttaminen, mikä

STM038:00/2017

on merkittävä yhteiskunnallinen asia. Transsukupuolisten tavoitteena on tulla sukupuolitetuksi vastakkaiseen sukupuoleen kuuluvaksi, mikä mahdollistaa hoidon tavoitteiden ja onnistumisen arvioinnin myös yksilön oman subjektiivisen kokemuksen ulkopuolelta. Muunsukupuolisten osalta edellä mainittu pitää sikäli paikkansa, että tavoitteena on kehon muuttaminen vastaamaan koettua sukupuolista identiteettiä. Toisaalta kyse ei ole vastakkaisesta sukupuolesta yhteiskunnallisena tai biologisena kategoriana, vaan erilaisista yksilöllisistä identiteeteistä. Näin ollen kehon muuttamista tähän suuntaan on vaikea pitää fyysisen sukupuolen ”korjaamisena”, eli palauttamisena tilaan, joka kehon olisi pitänyt syntymästä lähtien olla ja kehittyä.

Toinen kysymys on, pitäisikö sukupuoleensa tyytymättömien kehoon liittyvää dysforiaa kohdella eri tavoin kuin sukupuoleensa tyytyväisten kehodysforiaa? Toisin sanoen miten tulisi hoitaa ihmisiä, jotka ovat sukupuoleensa tyytyväisiä (cis-sukupuolisia) mutta kokevat selkeää kehodysforiaa ja/tai tulevat sukupuolitettua väärin jostakin syystä.

Potilasjärjestöjen toiveena on, että trans- ja muunsukupuolisuuteen liittyvää kehodysforiaa kohdeltaisiin eri tavalla kuin sukupuoleensa tyytyväisten kehodysforiaa. Tämä on sikäli ymmärrettävää, että cis-sukupuolisten kehodysforiaan liittyvät hoidot on pääosin suljettu pois suomalaisesta julkisen terveydenhuollon palveluvalikoimasta, koska niitä pidetään ns. esteettisinä hoitoina. Näitä on kuitenkin laajalti saatavilla omalla kustannuksella yksityissektorilta.

Käytännössä kysymys on esimerkiksi siitä, millä perusteilla pienten rintojensa vuoksi väärin sukupuolittuva, kehodysforiasta kärsivä cis-sukupuolinen nainen ei saisi Suomessa rintojen suurennosta julkisin varoin, mutta transsukupuoliseksi identifioituva saa. Tai miksi syntyjään naisen rintojen suurentaminen ei missään tapauksessa kuuluisi palveluvalikoimaan, mutta muunsukupuoliseksi identifioituvan rintojen pienentäminen kuuluisi.

Ylipäätään suomalaiseen palveluvalikoimaan ei juuri kuulu hoitoja, jotka perustuvat ensisijaisesti ihmisen omiin toiveisiin – hoidon tarve tulee jotenkin kyetä arvioimaan ulkopuolisen taholta. Lisäksi palveluvalikoimaan kuulumisen edellyttää jonkinasteista osoitusta hoitojen hyödyllisyydestä. Suositusvalmistelun osana laaditun kirjallisuuskatsauksen perusteella muiden kuin transsukupuolisuuden hoitojen hyödyistä on erittäin vähän tieteellistä näyttöä. Jos palveluvalikoimaan otettaisiin hoitoja joiden hyödyistä ei ole näyttöä, tulisi tämä kustannus kyetä perustelemaan jollakin muulla tavoin, esimerkiksi erillisellä säätelyllä.

12.2.3. Koherenssianalyysi

Koherenssianalyysin tavoitteena on etsiä empiirisen tiedon, erilaisten eettisten argumenttien, oikeudellisten yms. normien, yhteiskunnallisten käytäntöjen ja toimintatapojen sekä yhteiskunnallisten

STM038:00/2017

mielipiteiden keskinäistä koherenssia tai sen vastakohtaa eli ristiriitaisuuksia. Sukupuoli-identiteetin variaatioiden osalta koherenssianalyysi on merkittävä, joskin haastava lähtökohta, koska samaa kysymystä lähestytään hyvin erilaisista lähtökohdista ja diskursseista käsin.

Potentiaalinen haaste koherenssin osalta on terveydenhuollon diskurssin ja ihmisoikeusdiskurssin yhteensovittaminen. Terveydenhuollon osalta on tärkeää, että kaikkia ihmisiä kohdellaan yhdenvertaisesti siten, että julkiseen palveluvalikoimaan sisällytettävät hoidot ovat samalla tavalla perusteltuja ja täyttävät palveluvalikoimaan kuulumisen kriteerit. Ihmisoikeusnäkökulmasta korostuu ihmisen oikeus vapautteen sukupuoleen liittyvästä syrjinnästä ja oikeus itse määrittää miten elää omaa elämäänsä. Sukupuoli on keskeinen osa tätä autonomian toteuttamista, jolloin kysymys on terveydenhuollon mahdollisuuksista ja velvollisuudesta tukea näiden oikeuksien toteutumista.

Toinen syvälinen koherenssihaaste liittyy sairauden ja terveysongelman käsitteeseen suhteessa sukupuolen variaatioihin. Yhtäältä sukupuolen variaatioita ei haluta patologisoida eli nähdä sairautena tai terveysongelmana, vaan yksilön ominaisuutena. Tämän suuntaisesti tulevassa ICD-11 diagnosoiluokituksessa hoitoa kaipaavat sukupuolen variaatiot siirretään pois mielenterveyden häiriöiden ryhmästä omaksi ryhmäksi jota kutsutaan ”tiloiksi” (conditions related to sexual health). Keskeinen haaste liittyy siihen, miten ja millä perusteilla yhdistettäisiin näiden tilojen depatologisointi siihen, että julkiselta terveydenhuoltojärjestelmältä vaaditaan aiempaa laajempaa hoitovalikoimaa ja yksilöille vahvempaa oikeutta valita hoidot. Lain mukaan palveluvalikoimaan kuuluvat kuitenkin vain lääketieteellisesti perustellut hoidot.

12.2.3. Interaktiivinen HTA

Interaktiivisen terveydenhuollon menetelmien arvioinnin keskeinen tavoite on käydä todellista keskustelua kaikkien asianosaisten kanssa tavoitteena löytää yhteinen yksimielisyys aiheesta.

Potilastapaamisten sisältöä on kuvattu taustamuistiossa erikseen.

12.2.4. Prinsiplismi

Prinsiplismi on eettisen analyysin malli, joka lähtee tiettyjen universaalien moraalisten peruseriaatteiden olemassaolosta ja niiden soveltamisesta käytäntöön. Parhaiten tunnettu malli on ns. neljän periaatteen malli, jossa periaatteet ovat autonomian kunnioittaminen, haitan välttäminen, hyvän tekeminen ja oikeudenmukaisuus. Nämä periaatteet ovat hyvin relevantteja myös tässä tapauksessa.

Autonomian eli itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen on keskeinen kysymys pohdittaessa, kuka saa päättää sukupuolen variaatioihin liittyvän dysforian hoidoista. Se jakautuu kahteen pääkysymykseen: onko

STM038:00/2017

ihminen kykenevä autonomiseen päätöksentekoon (kompetentti) ja mitä hoitoon liittyviä valintoja yksilön autonomian piiriin terveydenhuollossa kuuluu.

Välttämätön edellytys kompetenttiin päätöksentekoon on riittävä tietopohja, joten laadukkaan tutkimustiedon vähyyks on merkittävä ongelma kompetentille päätöksenteolle.

Kompetenssi on keskeinen seikka arvioitaessa erityisesti lasten ja nuorten hoitoa. Sen merkitys korostuu, kun kyseessä ovat monelta osin peruuttamattomat hoitotoimet. Murrosikäisiä pidetään yleensä ottaen kompetentteina päättämään itse omasta terveydenhuollostaan. Toisaalta sukupuoli-identiteettiin murrosiässä liittyvä epävarmuus voi aiheuttaa kompetenssin vajausta, jolloin on perusteltua lykätä hoitotoimenpiteitä myöhemmälle iälle. Sama pätee tilanteisiin, joissa potilaan mielenterveys on niin heikko, että ammattilaisten on vaikeaa selvittää, onko kyse jostakin hoidettavasta mielenterveyden häiriöstä vai pysyvästä sukupuolen variaatioon liittyvästä dysforiasta.

Itsemääräämisoikeus terveydenhuollossa toteutuu ensisijaisesti oikeutena kieltäytyä palveluvalikoimaan kuuluvista hoitotoimista. Tämä on tasapainotettava sen näkökulman kanssa, että ihmiset saavat itse vapaasti ilmaista omaa sukupuolista identiteettiään. Autonomialla ei terveydenhuollossa kuitenkaan tarkoiteta vapaata oikeutta valita hoitoja omien preferenssien perusteella, vaan potilas toteuttaa autonomiaansa palveluvalikoiman ja lääketieteellisesti perusteltujen hoitomuotojen sisällä.

Haittojen välttämisen tärkeyttä korostaa se, että monista hoidoista voi seurata varsin yleisiä ja vakaviakin pitkän tähtäimen haittoja (erityisesti kirurgia) jolloin hoitojen antamiselle (eli näiden riskien ottamiselle) pitää olla erityisen hyvät perusteet (eli näyttö hyödyistä sekä päätöksentekijän kompetenssista). Käytännössä terveiden kehojen fyysiseen muokkaukseen voidaan katsoa useimmissa tapauksissa liittyvän haittoja tai riskejä. Empiirinen näyttö hoitojen pitkän tähtäimen hyöty/haitta-suhteesta on useissa tapauksissa vähäistä. Toisin sanoen haitan välttäminen johtaa siis samankaltaiseen pohdintaan kuin kompetenssikysymys: jos näyttö hyödyistä on epävarmaa mutta haitat todennäköisiä, haittojen minimoinnin tärkeys eettisenä periaatteena korostuu. Tästä näkökulmasta hoitoja tulisi käsitellä eri tavoin riippuen niiden aiheuttamien haittojen todennäköisyydestä ja vakavuudesta. Näin ollen esimerkiksi psykososiaalisia hoitoja voitaisiin todennäköisesti antaa vähäisemmän näytön perusteella kuin kirurgisia.

Hyvän tekemisen periaate korostaa sitä, että hoidoista on oltava selkeitä hyötyjä – käytännössä enemmän kuin vaihtoehtoisista tavoista hoitaa samoja henkilöitä tai käyttää terveydenhuollon resursseja. Tämäkin kysymys korostaa näytön vähäisyyden merkitystä eli kysymystä, millä perusteella hoitojen katsotaan tuottavan hyvää kohteilleen. Terveydenhuollossa näyttöön perustuva toiminta edellyttää tietoa siitä, paljonko hyvää olisi saavutettu ilman hoitoja tai muilla hoidoilla. Myös paternalistiset toimenpiteet tai niistä kieltäytyminen perustuvat hyvän tekemisen periaatteelle; käytännössä esimerkiksi lapsia

STM038:00/2017

hoidettaessa voidaan olettaa, että päätöksentekijä kykenee lasta paremmin arvioimaan hänen pitkän tähtäimen kokonaisuutensa.

Oikeudenmukaisuus liittyy kysymykseen tarjottavien hoitojen rajoista ja kustannuksista, tasa-arvosta ja yhdenvertaisuudesta. Sen mukaan samassa tilanteessa oleville ihmisille tulisi tarjota hoitoja samoin perustein. Resurssimielessä terveydenhuollon palveluvalikoima on nollasummapieliä, eli julkisen rahoituksen lisääminen yhdelle potilasryhmälle on joiltakin muilta pois. Oikeudenmukaisuuden näkökulmasta on vaikea perustella terveyshyötyjä tuottamattomien ja potentiaalisesti haittoja aiheuttavien hoitojen antamista vaikka potilas niitä haluaisikin, koska resurssit ovat pois muiden hoidosta.

12.2.5. Teknologian sosiaalinen muovautuminen

Teknologian sosiaalinen muovautuvuus (social shaping of technology, SST) näkökulmalla tarkoitetaan näkökulmaa, jossa terveydenhuollon teknologioita ja hoitomenetelmiä tarkastellaan osana laajempia yhteiskunnallisia prosesseja. Hoitoteknologiat eivät siis ole kaikesta muusta riippumattomia tekniikoita tai laitteita, vaan niillä on vaikutusta yhteiskuntaan ja toisinpäin.

Sukupuolen variaatioiden hoidossa SST näkökulma on erittäin tärkeä. Lääketieteelliset käsitteet ja hoitotekniikat ovat tiiviissä sidoksessa yhteiskuntapolitiikkaan: toisaalta yhteiskunnalliset tavoitteet muokata suhtautumista sukupuoleen vaikuttavat terveydenhuoltojärjestelmän käytäntöihin (esim. ICD-11 uudistus) ja toisaalta hoitojen lisääntyvä käyttö vaikuttaa yhteiskunnallisiin asenteisiin ja arvomaailmaan mm. sukupuolen variaatioiden näkyvyyden myötä.

SST näkökulmasta konkreettinen kysymys on esimerkiksi se, miten potilasmäärien kasvu tai uusien potilasryhmien (esim. muunsukupuoliset) tulo laajemmin sukupuolta muokkaavien hoitojen piiriin vaikuttaa yhteiskuntaan. Ihannetapauksessa sukupuolen variaatioiden hoitojen yleistyminen ja hoidettujen potilaiden suurempi yhteiskunnallinen näkyvyys vähentäisivät ryhmään liittyviä ennakkoluuloja ja leimaantumista. Tämä voisi helpottaa erilaisilla identiteeteillä elävien ihmisten mahdollisuuksia elää omana itsenään. Toisaalta on mahdollista, että hoitojen laajempi tarjonta lisää kysyntää ja muuttaa hoitoindikaatioita. Ylipäätään sukupuolen variaatioiden hoitojen, yhteiskunnan ja itse ilmiön välinen suhde on monimutkainen. Lähetemäärät sukupuoli-identiteetin tutkimuksiin ovat noin 20-kertaistuneet Suomessa 15 vuoden aikana. On vaikea sanoa mikä osa on ollut leimaantumisen vähenemisestä johtuvaa piilevää kysyntää ja mikä osa on ilmiön muuttuneesta yhteiskunnallisesta asemasta johtuvaa lisääntyntä kysyntää.

Toinen yhteiskunnallisesti keskeinen kysymys on sukupuolen variaatioihin liittyvän lainsäädännön ja hoitojen suhde. Transsukupuolisten osalta on olemassa erillinen lainsäädäntö, jonka uudistaminen on työn alla. Tilanne jossa tietyt hoidot ovat erillisen lainsäädännön piirissä on hyvin poikkeuksellinen; toisaalta sitä

STM038:00/2017

voidaan pitää tarpeellisenä ratkaisuna, mikäli sukupuolen variaatioita halutaan hoitaa erilaisin perustein kuin sairauksia yleensä.

12.3. Jaoston jäsenten näkemykset eettisistä näkökulmista

Seksuaaliterveyden jaostossa oli edustettuna sekä HUS:n että TAYS:n moniammatillisten tutkimuspoliklinikoiden eri erikoisalojen (psykologia, psykiatria, naistentaudit ja kirurgia) erityisasiantuntemus. Jaoston jäsenet toivat esille sen, että kliinisesti ei tehdä eroa trans- ja muunsukupuolisuus identiteetin välillä vaan hoidetaan sukupuoli-identiteetistä johtuvaa dysforiaa. Lähetteen hyväksymisvaiheessa ennen tutkimusjaksoa ei aina ole selvää, onko kyse transsukupuolisuudesta vai muunsukupuolisuudesta. Tutkimusjakson päättyessä diagnoosiksi asetetaan transsukupuolisuus, muunsukupuolisuus tai diagnoosiksi jää määrittämätön sukupuoli-identiteetin häiriö. Osalla transsukupuolisista ja muunsukupuolisista identiteettikokemus voi hoitojen aikana vahvistua jompaankumpaan suuntaan.

Kliininen kokemus on se, että kun dysforia aiheuttaa merkittävää toimintakyvyn haittaa, potilaat hyötyvät feminisoivista (hormonihoito, kasvojen epilaatio) ja maskulinisoivista (hormonihoito, rintojen muovaaminen) hoidoista. Kliininen käytäntö onkin, että tutkimusprosessi ja hoidot etenevät yhdenmukaisesti näihin toimenpiteisiin asti. Kliiniset asiantuntijat korostivat, että sukupuoli-identiteetti voi varmistua vasta tutkimus- ja hoitoprosessin aikana eikä kliinisesti tehdä jakoa trans-/muunsukupuolisuus diagnooseihin ennen kuin diagnoosi varmistuu. He kokivat myös, että muunsukupuolisten sukupuoli-identiteetistä aiheutuvaa dysforiaa ei voi verrata cis-henkilöiden kehodystrofiaan. Toisaalta on todettava, että heillä ei ole yhtä laajaa kliinistä kokemusta cis-henkilöiden kehodystorian ilmenemismuodoista.

Kliinisen käytännön kannalta on tärkeää, että mahdollistetaan luottamuksellinen yhteistyö potilaan kanssa eikä tutkimusprosessiin pääsy tai hoitojen mahdollistuminen johtaisi tilanteeseen, jossa potilas joutuu valehtelemaan. Potilaan itsetuntemuksen lisääminen transsensitiivisin lyhytterapioin (tai psykoterapiahoidoin, jos niille on psykiatrisia indikaatioita) auttaa selvittämään identiteettikokemuksen ja hoidolliset tarpeet, sekä niiden ajankohtaisuuden. Tämä edellyttää sitä, että potilas voi luottaa, että häneen uskotaan ja hänelle annetaan mahdollisuus ymmärtää itseään juuri sellaisena kuin hän on.

Kliiniset asiantuntijat kokivat tärkeimpänä niiden edellytysten määrittämisen, jolloin on perusteltua aloittaa sukupuoli-identiteetin dysforiasta johtuva tutkimusjakso ja toisaalta aloittaa sukupuolta muokkaavat korjaushoidot. Psykososiaalinen tuki ja tarvittava psykiatrinen hoito on aina järjestettävä ensisijaisesti kotipaikkakunnan hoidonpöytäkirjan mukaisesti.

HUS:n ja TAYS:n moniammatillisille tutkimuspoliklinikoille jatkotutkimuksiin tulee lähettää vasta silloin, kun muiden mahdollistne psykiatristen oireiden diagnostiikka ja hoito on järjestetty ja potilaan psyykkiset edellytykset vaativaan tutkimusarvioon on varmistettu. Toimenpiteet tulee harkita aina yksilöllisesti ja vasta kun sukupuolidysforia on pitkäkestoinen (>2 vuotta), henkilö pystyy kuvaamaan johdonmukaisesti, miten dysforia haittaa häntä käytännön arjen tilanteissa ja/tai objektiivisesti arvioiden voidaan todeta, että

STM038:00/2017

dysforia aiheuttaa sitä kokevalle henkilölle toimintakyvyn laskua joko sosiaalisesti tai ammatillisesti. Lisäksi persoonallisuus- ja identiteettikehityksen on oltava vakaa. Niin lääketieteellisesti kuin eettisesti on tärkeä varmistaa, että potilas täydessä ymmärryksessä haluaa toimivaa tervettä kehoaan muokattavan vähemmän toimivaksi, mutta enemmän oman minäkokemuksensa mukaiseksi, kaikki riskit tiedostaen ja järkevästi asiaa perustellen.

13. Yhteiskunnan rooli

Jaoston työskentelyn aikana kävi ilmeiseksi, että sukupuoli-identiteetin häiriöön liittyy kaksi ulottuvuutta. Oma tyytyväisyys kehoon ja siihen, mitä sukupuolta se ilmentää, sekä muiden suhtautuminen ja sosiaalinen roolittaminen. Tyytyväisyyttä omaan kehoon ja keinoja toimia sosiaalisessa ympäristössä kokemansa sukupuolen mukaisesti voidaan parantaa lääketieteellisin keinoin. Lääketieteen keinoin ei kuitenkaan voida vaikuttaa yhteiskunnan arvoihin ja asenteisiin. Niihin voi vaikuttaa vain suvaitsevaisuutta ja ihmisten välistä tasavertaisuutta lisäämällä.

Poliittinen päätöksenteko vaikuttaa siihen, millaiset resurssit terveydenhuollossa on käytettävissä ja miten ne jaetaan. Sukupuoli-identiteettiin liittyvän dysforian hoito on ollut vuosikymmeniä poliittisessa keskustelussa ja on tärkeä ymmärtää, että lääketieteellisten hoitovalintojen tulee perustua lääketieteellisiin perusteisiin. Suomalaista terveydenhuoltoa ei myöskään ole rakennettu siten, että uusien menetelmien käyttöönottoon tai hoitojen kohderyhmien laajentamiseen olisi varattu erillisiä resursseja. Jos tutkimusten ja hoidon tarve lisääntyy, joudutaan käytännössä usein selvittämään, mitä toimintoja lakkautetaan tai vähennetään, jos tutkimus- ja hoitoprosesseja ei pystytä tehostamaan eikä lisäresursseja ole saatavilla.

Erillislainsäädännöllä on mahdollistettu transhenkilöiden transprosessiin kuuluvat lääketieteelliset hoidot mutta muihin sukupuoli-identiteetin variaatioihin liittyviä hoidontarpeita on verrattava muiden potilasryhmien lääketieteellisten hoitojen tarpeisiin. Tämän selvityksen aikana on käynyt ilmi, että juridisen sukupuolen muuttaneiden transsukupuolisten henkilöiden määrä on pienempi kuin HUS:n ja TAYS:n moniammatillisten työryhmien yhdessä antamien (second opinion huomioitu) transdiagnoosien määrä. Tämä kuvastanee sukupuoli-identiteetin kokemukseen ja sen sosiaaliseen määrittämiseen liittyviä vielä tuntemattomia tekijöitä. Myös diagnoosin F64.9 (määrittämätön sukupuoli-identiteetin häiriö) määrät ovat transpoliklinikoilla lisääntyneet. Koska diagnosoitujen muunsukupuolisten määrä on toistaiseksi varsin pieni, on vielä epäselvää, mikä on todellinen transhenkilöiden ja muunsukupuolisten osuus nykyisen lähete- ja diagnoosikäytännön mukaisessa tilanteessa. Tätä tulee jatkossa selvittää.

Sukupuoli-identiteetin variaatioiden dysforiasta kärsivät ihmiset ovat riskissä tulla syrjityksi ja kohdelluksi ihmisarvoa loukkaavasti sukupuolittavassa rooliyhteiskunnassa. Ihmisarvo on jakamaton ja kaikilla on oikeus tulla kohdatuksi itsenäisenä yksilönä. Ihmisarvonäkökulma korostaa ihmisten yhtäläistä

STM038:00/2017

kunnioittavaa kohtelua kaikissa elämän tilanteissa. Tämä edellyttää laajempaa yhteiskunnallista keskustelua. Toisaalta on myös tärkeää, että ei medikalisoita lisääntyvää nuorten henkilöiden sukupuoli-identiteettiin liittyvää epävarmuutta kehoa muokkaavia toimenpiteitä edellyttäväksi tilaksi vaan lisätään tietoisuutta sukupuoli-identiteettiin liittyvistä tekijöistä, tarjotaan psykososiaalista tukea ja pyritään yhteiskunnallisin toimin lisäämään väestön suvaitsevaisuutta erilaisia ja erilailla tuntevia ihmisiä kohtaan.

Miten yhteiskuntaa muovataan suvaitsevammaksi ja sukupuolen mukaisia roolimalleja häivyttäväksi perustuu viime kädessä väestön yhteiseen näkemykseen muutosten tärkeydestä ja niiden suunnasta. Pienetkin muutokset – oikeus muuttaa nimensä, sukupuoli-identiteettiä – voivat olla yksilötasolla erittäin merkittäviä. Perinteiset tavat – sukupuolen kirjaaminen kaikkiin henkilötietoja sisältäviin asiakirjoihin, todistuksiin jne. – edellyttävät laajempaa selvitystä muutosten juridisista edellytyksistä ja seuraamuksista.

Keskeinen yhteiskunnan asennemuutos alkaa aina kasvatuksesta. Päiväkotien ja koulujen rooli erilaisten ihmisten hyväksymisen parantamisessa on keskeistä. Hyväksyminen ei koske vain sukupuoli-identiteetin variaatioita vaan myös mm. etnistä taustaa, ulkonäköä ja eri syistä johtuvaa alentunutta toimintakykyä.

Sukupuoliristiriitaan liittyvät kokemukset ovat kansainvälisesti ja myös Suomessa lisääntyneet erityisesti nuorten keskuudessa. Ruotsissa käynnistetyssä selvityksessä ei pystytty tunnistamaan ilmiötä selittäviä tekijöitä (SBU 2020). Koska kyseessä on ei vain itseen vaan myös sosiaalisiin suhteisiin liittyvä ilmiö, on mahdollista, että sukupuoli-identiteetin variaatioiden hyväksyttävyyden ja hoitojen saannin mahdollistuminen lisää ilmiön yleisyyttä. Hoitoa hakeutuvien sukupuolijakauma on myös muuttunut. Naisten osuus on merkittävästi kasvanut. Tämä johtaa kysymään, onko erityisesti nuoria naisia koskevat rooliodotukset yhteiskunnassa kaventuneet. Sukupuoliristiriidan kokemuksista ja erityisesti muunsukupuolisuudesta tiedotetaan myös aiempaa enemmän ja erilaisten yksilöiden kertomat tarinat omasta kokemuksestaan lisäävät ilmiön tunnettavuutta ja vähentävät siihen liittyvää stigmaa.

14. Suosituksen valmisteluun osallistuneet

Palko päätti 4.9.2018 käynnistää sukupuoli-identiteetin variaatioiden lääketieteellisiä hoitoja koskevan suositustyön ja perusti seksuaaliterveyden jaoston toimikaudeksi 9.10.2018-30.6.2020. Jaoston jäsenet ovat seuraavat:

Puheenjohtaja: Mirva Lohiniva-Kerkelä, apulaisprofessori, Lapin yliopisto

Jäsenet:

Katja Ahinko, vt. osastonylilääkäri, Tampereen yliopistollinen sairaala

STM038:00/2017

Riitta Burrell, erityisasiantuntija, STM (13.3.2019 alkaen)

Riittakerttu Kaltiala, vastuualuejohtaja, ylilääkäri, Tampereen yliopistollinen sairaala

Tanja Laukkala, asiantuntijalääkäri, Kansaneläkelaitos (30.6.2019 asti)

Eija Koivuranta, toimitusjohtaja, Väestöliitto

Pekka Rissanen, arviointijohtaja, Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos

Samuli Saarni, terveydenhuollon etiikan ja sosiaalipsykiatrian dosentti, psykiatri, Fraxinus Consulting

Marja-Terttu Saha, erikoislääkäri, Tampereen yliopistollinen sairaala

Sinikka Suominen, osastonylilääkäri, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri

Aila Tiitinen, linjajohtaja, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, 1.9.2019 alkaen professori emerita

Katinka Tuisku, osastonylilääkäri, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri

Liisa Lempinen, psykologi, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (1.11.2018 alkaen)

Nina Uusi-Mäkelä, apulaisyylilääkäri, Mielialahäiriöiden vastuuyksikkö, Yleis- ja neuropsykiatrian vastuualue, Tampereen yliopistollinen sairaala (1.11.2018 alkaen)

Työryhmän työskentelyyn on lisäksi osallistuneet seuraavat HUS:in ja TAYS:in kliniset asiantuntijat

Pia Das, erikoislääkäri, Naistentaudit ja synnytykset, Tampereen yliopistollinen sairaala

Elina Holopainen, erikoislääkäri, Naistentaudit ja synnytykset, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri

Kirsi Kuismanen, vastuualuejohtaja, Naistentaudit ja Synnytykset, Tampereen yliopistollinen sairaala

Maija Kolehmainen, kirurgian ja plastiikkakirurgian erikoislääkäri, osastonlääkäri HUS Plastiikkakirurgia, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri

Riikka Mäkelä, ylilääkäri, Mielialahäiriöiden vastuuyksikkö, Yleis- ja neuropsykiatrian vastuualue Tampereen yliopistollinen sairaala



STM038:00/2017

Niina Puustinen, apulaisylilääkäri, Sukupuoli-identiteetin tutkimuspoliklinikka, Psykiatria erityispoliklinikat, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri

Laura Suomalainen, Ylilääkäri, Psykiatria, Nuorisopsykiatrian linja, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri

Lotta Tynkkynen, psykologi, Psykiatria, Sukupuoli-identiteetin tutkimuspoliklinikka, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri

15. Suosituksen valmisteluvaiheet

9.10.2018	Seksuaaliterveyden jaoston kokous
2.11.2018	Seksuaaliterveyden jaoston kokous
26.11.2018	Seksuaaliterveyden jaoston kokous
17.12.2018	Seksuaaliterveyden jaoston kokous
29.1.2019	Seksuaaliterveyden jaoston kokous`
26.2.2019	Potilasjärjestöjen Trasek, Seta, translasten ja nuorten perheet ry sekä potilaiden tapaaminen
14.3.2019	Seksuaaliterveyden jaoston kokous
26.3.2019	Seksuaaliterveyden jaoston kokous
8.4.2019	Seksuaaliterveyden jaoston kokous
9.4.2019	Palkon kokous, ohjeistus jatkotyöskentelyyn
13.5.2019	Seksuaaliterveyden jaoston kokous
12.6.2019	Palkon kokous, ohjeistus jatkotyöskentelyyn
21.8.2019	Seksuaaliterveyden jaoston kokous
4.9.2019	Palkon kokous, ohjeistus jatkotyöskentelyyn

STM038:00/2017

19.9.2019	Seksuaaliterveyden jaoston kokous
30.10	Seksuaaliterveyden jaoston kokous
19.11	Seksuaaliterveyden jaoston kokous
12.12.2019	Palkon kokous, ohjeistusta jatkotyöskentelyyn
28.1. 2020	Seksuaaliterveyden jaoston kokous
31.1.2020	Palkon kokous, ohjeistusta jatkotyöskentelyyn
18.2-4.3.2020	Seksuaaliterveyden jaoston sähköpostikokous
19.3.2020	Palkon kokous, suositluonnoksen ja valmistelumuistion luonnoksen hyväksyminen Otakantaa.fi-palveluun
23.3.-14.4.2020	Kommentoitavana Otakantaa.fi-palvelussa
17.4.2020	Seksuaaliterveyden jaoston kokous
23.4.2020	Palkon kokous, ohjeistusta jatkotyöskentelyyn
29.5.2020	Seksuaaliterveyden jaoston kokous
11.6.2020	Palkon kokous, suositusten hyväksyntä

16. Liitteet

- Liite 1. Kirjallisuuskatsaus
- Liite 2. Tynkkynen L: Lääketieteelliset hoitomenetelmät sukupuolivariaatioihin liittyvän sukupuolidysforian hoidossa: Muunsukupuolisten tyytyväisyys hoitoihin. 2019
- Liite 3. Trasekin kannanotto
- Liite 4. Setan kannanotto
- Liite 5. Saarni S ja Uusitalo S: Sukupuolen variaatioihin liittyvän dysforian lääketieteelliset hoidot - analyysi eettisistä kysymyksistä. 2019

STM038:00/2017

17. Lähteet

Aitken, M., Steensma, T. D., Blanchard, R., Van der Laan, D. P., Wood, H., Fuentes, A., ym. (2015). Evidence for an altered sex ratio in clinic-referred adolescents with gender dysphoria. *Journal of Sexual Medicine*, 12, 756–763. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/jsm.12817>

Das P: Transsukupuolisten hormonihoidon seuranta avoterveydenhuollossa. *Lääkärilehti* 2019;7:376-381

Dhejne C, Lichtenstein P, Boman M, Johansson ALV, Långström N, Landén M (2011) Long-Term Follow-Up of Transsexual Persons Undergoing Sex Reassignment Surgery: Cohort Study in Sweden. *PLoS ONE* 6(2): e16885. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0016885>

Dhejne C, Öberg K, Arver S, Landén M. An Analysis of All Applications for Sex Reassignment Surgery in Sweden, 1960–2010: Prevalence, Incidence, and Regrets. *Arch Sex Behav* 2014;43:1535–1545

Glidden D, Bouman WP, Jones BA, Arcelus J. Gender Dysphoria and Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review of the Literature. *Sex Med Rev.* 2016;4:3-14.

Heylens G, Aspeslagh L, Dierickx J ym.: The Co-occurrence of Gender Dysphoria and Autism Spectrum Disorder in Adults: An Analysis of Cross-Sectional and Clinical Chart Data. *J Autism Dev Disord.* 2018;48:2217-2223.

Kaltiala-Heino R, Sumia M, Työläjäarvi M, Lindberg N. Two years of gender identity service for minors: overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 2015) 9:9 DOI 10.1186/s13034-015-0042-y

Kaltiala-Heino R, Bergman H, Työläjäarvi M, Frisen L. Gender dysphoria in adolescence: current perspectives. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics* 2018;9:31-41

Kaltiala-Heino R, Työläjäarvi M, Lindberg N: Gender dysphoria in adolescent population: A 5-year replication study. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 2019;24:379-387.

Kaltiala R, Bergman H, Carmichael P, de Gaar NM ym. Time trends in referrals to child and adolescent gender identity services: a study in four Nordic countries and in the UK. *Nord J Psychiatry.* 2020a;74:40-44.

Kaltiala R, Heino E, Työläjäarvi M, Suomalainen L: Adolescent development and psychosocial functioning after starting cross-sex hormones for gender dysphoria. *Nord J Psychiatry* 2020b;74:213-219.

Kuyper L, Wijzen C. Gender identities and gender dysphoria in the Netherlands. *Arch Sex Behav.* 2014;43:377-385.

STM038:00/2017

Kärnä T, Uusi-Mäkelä N, Mattila A: Sukupuolen moninaisuus – lähestymistapa sukupuoleen muuttumassa? Suom Lääkäril 2018;45;2631-2635.

Metro Youth Chances. Integrated report 2016. <https://metrocharity.org.uk/sites/default/files/2017-04/National%20Youth%20Chances%20Intergrated%20Report%202016.pdf>

Mueller S, De Cuypere G, T'Sjoen G. Transgender research in the 21st century: A selective critical review from a neurocognitive perspective. Am J Psychiatry 2017;174:1155-1162

SBU: Könsdysfori hos barn och unga En kunskapskartläggning. RAPPORT 307/2019
<https://www.sbu.se/contentassets/ba7070c014854bdf9f1fa16a896038ee/konsdysfori-hos-barn-och-unga.pdf>

Shields JP, Cohen R, Glassman JR, Whitaker K, Franks H, Bertolini I. Shields JP, ym. Estimating population size and demographic characteristics of lesbian, gay, bisexual, and transgender youth in middle school. J Adolesc Health. 2013;52:248-50

Socialstyrelsen: God Vård av vuxna med könsdysfori. Nationellt kunskapsstöd. 2015.
<https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-4-7>

STM: Opas apuvälinetyötä tekeville ammattilaisille ja ohjeita asiakkaille. Valtakunnalliset lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineiden luovutusperusteet. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 35/2018.
http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161068/rap%2035_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Suominen S ja Kolehmainen M: Transsukupuolisten sukuelinkirurgia. Duodecim 2015;131:387-91

Van Caenegem E, Wierckx K, Elaut E, Buysse A, Dewaele A, Van Nieuwerburgh F, De Cuypere G, T'Sjoen G.: Prevalence of Gender Nonconformity in Flanders, Belgium. Arch Sex Behav. 2015;44:1281-1287.

Wood H, Sasaki S, Bradley S, Singh D, Fantus S, Owen-Anderson A, ym. Patterns of referral to a gender identity service for children and adolescents (1976–2011): age, sex ratio, and sexual orientation. J Sex Marital Ther. 2013;39:1–6.

WPATH: Standards of care for the health of Transsexual, Transgender, and Gender-nonconforming People. Version 7. 2012.



STM038:00/2017

Ålgars M, Santtila P, Sandnabba NK. Conflicted gender identity, body dissatisfaction, and disordered eating in adult men and women. *Sex Roles* 2010;63:118–25

Zucker KJ. Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity. *Sex Health*. 2017;14:404-411.