

STANDARDS OF CARE V7 – HYVÄN HOIDON SUOSITUS

Transtukipiste on vuonna 2017 kääntänyt yhteistyössä WPATHin (The World Professional Association for Transgender Health), HUS:n ja TAYS:n sukupuolidentiteettitutkimuksen ja sukupuolen korjaushoidon asiantuntijoiden, Psykologiliiton seksuaalisen suuntautumisen ja sukupuolen moninaisuuden työryhmän ja käännöstoimisto Delinguan kanssa kansainvälisen hoitosuosituksen.

Tämä on ensimmäinen kerta, kun kansainvälinen hyvän hoidon suositus sukupuoliristiriitaa kokeville on suomennettu kokonaisuudessaan.

Hoito-ohjeistus ohjaa erityisesti lääketieteen asiantuntijoita, mutta on moniammatillinen. Suosituksesta saa suuntaviivoja myös psykologin työhön sukupuoliristiriitaa kokevien kanssa.

Suomennos julkaistaan WPATHin ja Transtukipisteen verkkosivuilla:
www.wpath.org | www.transtukipiste.fi

Sisällys

I. HOITOSUOSITUSTEN TARKOITUS JA KÄYTTÖ	2
II. HOITOSUOSITUSTEN MAAILMANLAAJUINEN SOVELLETTAVUUS	3
III. SUKUPUOLINORMEISTA EROTTUVAN KOKEMUKSEN TAI ILMAISUN JA SUKUPUOLIDYSFORIAN VÄLINEN ERO	5
IV. EPIDEMIOLOGISET NÄKÖKOHDAT	7
V. SUKUPUOLIDYSFORIAN HOITOMENETELMIEN YHTEENVETO	8
VI. SUKUPUOLIDYSFORIAA KOKEVIEN LASTEN JA NUORTEN ARVIOINTI JA HOITO	11
VII. MIELENTERVEYS	21
VIII. HORMONIHOITO	32
IX. LISÄÄNTYMISTERVEYS	46
X. PUHE- JA ÄÄNITERAPIA SEKÄ LIIKETERAPIA	48
XI. LEIKKAUS	50
XII. LEIKKAUKSEN JÄLKEINEN HOITO JA SEURANTA	58
XIII. ELINIKÄINEN ENNALTAEHKÄISEVÄ HOITO JA PERUSTERVEYDENHOITO	59
XIV. Hoitosuosituksen soveltaminen institutionaalisissa ympäristöissä asuviin ihmisiin	61
XV. Hoitosuosituksen soveltaminen ihmisiin, joilla on sukupuolen kehityksen häiriö	62
Lähteet	66
LIITE A: SANASTO	88
Liite B: Hormonihoitojen lääketieteellisten riskien yhteenveto	91
LIITE C: Hormoni- ja leikkaushoitojen edellytysten yhteenveto	96
LIITE D: Näyttö hoitomenetelmien kliinisistä tuloksista	98
LIITE E: Hoitosuosituksen 7. version kehitysprosessi	101

I. HOITOSUOSITUSTEN TARKOITUS JA KÄYTTÖ

World Professional Association for Transgender Health (WPATH)ⁱ on kansainvälinen, monialainen asiantuntijajärjestö, jonka tehtävänä on edistää näyttöön perustuvaa hoitoa, koulutusta, tutkimusta, oikeuksien ajamista ja kunnioitusta sekä yhteiskuntapolitiikkaa transsukupuolisten ja muunsukupuolisten ihmisten terveydenhoidossa. Järjestön visiona on maailma, jossa transsukupuoliset, muunsukupuoliset ja kokemukseltaan tai ilmaisultaan sukupuoli-normeista erottuvat ihmiset saavat näyttöön perustuvaa hoitoa sekä sosiaalipalveluita ja jossa heitä kohdellaan oikeudenmukaisesti ja tasa-arvoisesti.

Yksi WPATH:n keskeisimmistä tehtävistä on edistää terveydenhoidon korkeaa tasoa julkaisemalla transsukupuolisten, muunsukupuolisten ja kokemukseltaan tai ilmaisultaan sukupuolinnormeista erottuvien ihmisten hoitosuosituksia (*Standards of Care [SOC] for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People*). Hoitosuositukset perustuvat parhaaseen käytettävissä olevaan tieteelliseen tietoon ja asiantuntijoiden yhteisiin linjauksiin.ⁱⁱ Suurin osa alan tutkimustuloksista ja kokemuksista on peräisin Pohjois-Amerikasta ja Länsi-Euroopasta, joten hoitosuosituksia pitää mukauttaa muun maailman tarpeisiin. Tähän hoitosuosituksen versioon sisältyy myös ehdotuksia tavoista, joilla voidaan käsitellä kulttuurirelativismia ja kulttuurista kompetenssia.

Hoitosuositusten kokonaistavoite on tarjota kliinistä opastusta terveydenhoidon ammattilaisille, jotta he voivat auttaa transsukupuolisia, muunsukupuolisia ja kokemukseltaan tai ilmaisultaan sukupuolinnormeista erottuvia ihmisiä turvallisilla ja tehokkailla tavoilla saavuttamaan kestävänsä sukupuolen hyvinvoinnin sekä pitämään yleisen terveydentilansa, psykologisen hyvinvointinsa ja itsensä toteuttamisen mahdollisimman hyvällä tasolla. Auttaminen voi olla esimerkiksi perusterveydenhoitoa, gynekologista ja urologista hoitoa, lisääntymiseen liittyvien vaihtoehtojen tarjoamista, puhe- ja ääniterapiaa sekä liiketerapiaa, mielenterveyspalveluita (esimerkiksi arviointia, neuvontaa ja psykoterapiaa) sekä hormonaalista ja kirurgista hoitoa. Vaikka hoitosuositukset on pääasiassa tarkoitettu terveydenhoidon ammattilaisille, ne soveltuvat myös yksilöille ja heidän perheilleen sekä julkisille laitoksille, jotka haluavat oppia edistämään tämän monimuotoisen väestöryhmän terveyttä.

WPATH:n mukaan terveys riippuu hyvän kliinisen hoidon lisäksi myös sosiaalisesta ja poliittisesta ilmastosta, jotka tarjoavat sosiaalista suvaitsevaisuutta, tasa-arvoa ja täydet kansalaisoikeudet. Terveyttä edistetään yhteiskuntapolitiikalla ja lainsäädännön uudistuksilla, jotka tukevat suvaitsevaisuutta, sukupuolten oikeudenmukaista kohtelua ja sukupuolista monimuotoisuutta sekä poistavat ennakkoluuloja, syrjintää ja häpeää. WPATH on sitoutunut edistämään näitä muutoksia yhteiskuntapolitiikassa ja lainsäädännön uudistuksissa.

ⁱ Aiemmin Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association

ⁱⁱ Hoitosuositusten 7. versio poikkeaa huomattavasti aiemmista versioista. Tämän version muutokset perustuvat merkittäviin kulttuurisiin muutoksiin, kliinisen tietämyksen kehittymiseen ja niiden monienlaisten terveydenhoidon tarpeiden ymmärtämiseen, joita voi syntyä hormonihoidon ja leikkauksen lisäksi transsukupuolisille, muunsukupuolisille ja kokemukseltaan tai ilmaisultaan sukupuoli-normeista erottuville ihmisille (Coleman, 2009a, b, c, d).

Hoitosuositukset ovat joustavia kliinisiä ohjeita

Hoitosuositusten on tarkoitus olla joustavia, jotta niillä voidaan vastata transsukupuolisten, muunsukupuolisten ja kokemukseltaan tai ilmaisultaan sukupuolinormeista erottuvien ihmisten monenlaisiin terveydenhoidon tarpeisiin. Joustavuudestaan huolimatta ne edistävät laadukasta terveydenhoitoa ja ohjaavat sukupuolidysforiaa kokevien ihmisten hoitoa. Sukupuolidysforia tarkoittaa pahan olon tunnetta tai ahdistusta, joka johtuu sukupuoliristiriidasta eli eroista henkilön sukupuoli-identiteetin ja hänelle syntymässä määritellyn sukupuolen (sekä siihen liittyvän sukupuoliroolin ja/tai ensi- ja toissijaisten sukupuoli-tunnusmerkkien) välillä (Fisk, 1974, Knudson, De Cuypere & Bockting, 2010b). (Nimityksiä sukupuolidysforia ja sukupuoliristiriita käytetään myös synonyymisesti.)

Aiempien hoitosuositusten mukaisesti myös tässä versiossa mainittujen sukupuolidysforiaa lievittävien hormoni- ja leikkaushoitojen edellytykset ovat kliinisiä suosituksia, joita yksittäiset terveydenhoidon ammattilaiset ja ohjelmien laatijat voivat muokata. Kliiniset poikkeamat hoitosuosituksista voivat johtua potilaan ainutlaatuisesta anatomisesta, sosiaalisesta tai psykologisesta tilanteesta, kokeneen terveydenhoidon ammattilaisen kehittyneestä tavasta käsitellä yleistä tilannetta, tutkimusprotokollasta, resurssipulasta useissa maailmankolkissa tai haittojen vähentämisstrategioiden tarpeesta. Nämä poikkeamat tulisi tunnistaa, selittää potilaalle ja dokumentoida tämän suostumuksella, jotta potilaalle taataan laadukas hoito ja oikeusturvan toteutuminen. Dokumentointi on myös hyvä tapa kerätä uusia tietoja, joita voidaan tutkia jälkikäteen ja kehittää näin terveydenhoitoa ja hoitosuosituksia.

Hoitosuosituksissa käsitellään varsinaisten suositusten lisäksi sitä, kuinka tärkeää on tehdä tietoon perustuvia valintoja ja suosia haittoja vähentäviä lähestymistapoja. Lisäksi hoitosuositusten tässä versiossa tunnistetaan ja vahvistetaan erilaisia sukupuolen ilmaisuja, jotka eivät välttämättä edellytä psykologisia, hormonaalisia tai kirurgisia hoitoja. Jotkut hoitoon hakeutuvat potilaat ovat jo tehneet oma-aloitteisesti paljon työtä sukupuoliroolinsa muuttamisen, korjausprosessin tai muiden sukupuoli-identiteettiin tai sukupuolidysforiaan liittyvien päätösten eteen. Toiset potilaat taas tarvitsevat intensiivisempiä palveluita. Hoitosuositusten avulla terveydenhoidon ammattilaiset voivat auttaa potilaita ottamaan huomioon kaikki heille tarjottavat terveystalvet potilaiden kliinisten tarpeiden ja sukupuolen ilmaisun tavoitteiden mukaan.

II. HOITOSUOSITUSTEN MAAILMANLAAJUINEN SOVELLETTAVUUS

Vaikka hoitosuositukset on tarkoitettu maailmanlaajuiseen käyttöön, WPATH tiedostaa, että alan kliininen kokemus ja terveydenhoidon tietämys on kerätty lähinnä pohjoisamerikkalaisista ja länsieurooppalaisista lähteistä. Näkemykset seuraavista asioista vaihtelevat eri paikoissa, eri maissa ja maiden sisälläkin: transsukupuolisiin, muunsukupuolisiin ja sukupuolen kokemukseltaan tai ilmaisultaan normeista erottuviin ihmisiin kohdistuvat sosiaaliset asenteet, sukupuoliroolien ja -identiteettien tulkinnat, erilaisten sukupuoli-identiteettien kuvaamiseen käytettävät nimitykset, sukupuolidysforian epidemiologia, pääsy hoitoon ja hoitokulut, tarjotut hoidot, hoitoa tarjoavien asiantuntijoiden määrä ja tyyppi sekä lainsäädännölliset ja poliittiset ongelmat alan terveydenhoidossa (Winter, 2009).

Hoitosuosituksissa ei ole mahdollista ottaa kaikkia eroja huomioon. Kun näitä suosituksia sovelletaan muissa kulttuurisissa konteksteissa, terveydenhoidon ammattilaisten on ymmärrettävä nämä erot ja mukautettava hoitosuosituksia paikallisten olojen mukaan. Useissa kulttuureissa esimerkiksi kokemukseltaan tai ilmaisultaan sukupuolinormeista erottuvia ihmisiä on paljon, ja heidän elintapansa ovat sosiaalisesti erittäin näkyviä (Peletz, 2006). Tällaisissa olosuhteissa on tavallista, että ihmiset ryhtyvät muuntamaan sukupuolen ilmaisuaan ja fyysisiä ominaisuuksiaan teini-ikäisinä tai jopa aiemmin. Monet kasvavat ja elävät sellaisessa sosiaalisessa, kulttuurisessa ja jopa kielellisessä ympäristössä, joka on aivan erilainen kuin länsimaissa. Silti lähes kaikki kohtaavat ennakkoluuloja (Peletz, 2006; Winter, 2009). Lukuisissa kulttuureissa sukupuolinormeista erottuva sukupuolen kokemus tai ilmaisu on sosiaalisesti leimautunutta ja sukupuoliroolit ovat erittäin tiukat (Winter et al., 2009). Sukupuolen kokemukseltaan tai ilmaisultaan normeja vastaamattomat ihmiset joutuvat tällaisissa olosuhteissa piileskelemään, ja siksi monilla ei ole mahdollisuutta riittävään terveydenhoitoon (Winter, 2009).

Hoitosuositusten ei ole tarkoitus rajoittaa pyrkimyksiä tarjota parasta mahdollista hoitoa kaikille yksilöille. Terveydenhoidon ammattilaiset kaikkialla maailmassa – myös alueilla, joilla resurssit ja koulutusmahdollisuudet ovat rajoitetut – voivat soveltaa useita hoitosuositusten keskeisiä periaatteita. Näitä periaatteita ovat muun muassa seuraavat: kunnioitetaan sukupuolen kokemukseltaan tai ilmaisultaan epänormatiivisia potilaita (sukupuoli-identiteetin tai sukupuolen ilmaisun eroavaisuuksia ei patologisoida); tarjotaan hoitoa (tai lähetetään osaan kollegan luokse), joka vahvistaa potilaiden sukupuoli-identiteettiä ja vähentää sukupuolidysforian mahdollisesti tuottamaa ahdistusta; tiedostetaan transsukupuolisten, muunsukupuolisten ja sukupuolen kokemukseltaan tai ilmaisultaan normeja vastaamattomien ihmisten terveydenhoitotarpeet, mukaan lukien sukupuolidysforian hoitovaihtoehtojen hyödyt ja riskit; sovitetaan hoitotapa potilaan erityistarpeisiin, erityisesti sukupuolen ilmaisun tavoitteisiin ja sukupuolidysforian lievittämiseen; helpotetaan pääsyä asianmukaiseen hoitoon; pyydetään potilaalta suostumus ennen hoidon antamista; tarjotaan jatkuvaa hoitoa sekä valmistaudutaan tukemaan potilaita ja ajamaan heidän asioitaan niin perheissä kuin yhteisöissä (kouluissa, työpaikoilla ja muissa ympäristöissä).

Termistö on sidoksissa kulttuuriin ja aikaan ja kehittyy nopeasti. On tärkeää käyttää kunnioittavia nimityksiä eri paikoissa ja aikoina sekä erilaisten ihmisten parissa. Koska hoitosuositukset käännetään myös muille kielille, on erittäin tärkeää taata, että termien merkitykset käännetään tarkasti. Englanninkielistä termistöä ei välttämättä ole helppoa kääntää muille kielille. Sama pätee myös, kun käännetään muista kielistä englantiin päin. Joissain kielissä ei ole suoria vastineita tässä asiakirjassa oleville termeille. Siksi kääntäjien pitäisi olla tietoisia hoidon taustalla olevista tavoitteista ja kääntää ohjeet kyseiseen kulttuuriin soveltuvasti näiden tavoitteiden saavuttamista varten.

III. SUKUPUOLINORMEISTA EROTTUVAN KOKEMUKSEN TAI ILMAISUN JA SUKUPUOLIDYSFORIAN VÄLINEN ERO

Transsukupuolisuus, muunsukupuolisuus ja sukupuoli-identiteettiä erottuva kokemus tai ilmaisu ovat monimuotoisuutta, eivät sairauksia

WPATH julkaisi vuoden 2010 toukokuussa lausunnon, jossa todettiin, että sukupuoli-identiteettiä erottuvaa sukupuolen kokemusta tai ilmaisu ei saisi enää missään päin maailmaa määritellä sairaudeksi (WPATH:n hallitus, 2010). Lausunnossa todettiin, että sellaisten sukupuolen tunnusmerkkien ja sukupuoli-identiteettien, jotka eivät ole stereotyyppisesti yhteydessä syntymässä määriteltyyn sukupuoleen, ilmaiseminen on yleinen ja kulttuurisesti monimuotoinen inhimillinen ilmiö, jota ei pidä arvioida luontaisesti patologiseksi tai negatiiviseksi.

Valitettavasti useissa maailman yhteisöissä sukupuoli-identiteettiä erottuva kokemus tai ilmaisu on leimattu häpeälliseksi. Tällainen leimautuminen saattaa johtaa ennakkoluuloihin ja syrjintään ja aiheuttaa vähemmistöstressiä (I. H. Meyer, 2003). Vähemmistöstressi on luonteeltaan ainutlaatuista (se on lisästressiä, joka kasvattaa yleisistä stressitekijöistä johtuvaa stressiä), sosiaaliperustaista ja kroonista, ja se voi asettaa transsukupuoliset, muunsukupuoliset ja sukupuoli-identiteettiä erottavat yksilöt haavoittuvampaan asemaan. Tällöin heille voi kehittyä mielenterveysongelmia, kuten ahdistusta ja masennusta (Institute of Medicine, 2011). Sen lisäksi, että vähemmistöstressiä kokevat ihmiset kohtaavat ennakkoluuloja ja syrjintää koko yhteiskunnan tasolla, he saattavat leimautua myös läheisissä ihmissuhteissaan: kollegat ja perheenjäsenet saattavat käyttäytyä väärin heitä kohtaan ja laiminlyödä heitä, mikä puolestaan voi aiheuttaa ahdistusta. Nämä oireet ovat kuitenkin yhteiskunnan aiheuttamia, eivätkä ne ole luontaisia transsukupuolisille, muunsukupuolisille tai kokemukseltaan tai ilmaisultaan sukupuoli-identiteettiä erottaville ihmisille.

Sukupuoli-identiteettiä erottuva kokemus tai ilmaisu ei ole sama asia kuin sukupuoli-identiteetti

Sukupuoli-identiteettiä erottuva tai erityinen sukupuoli-identiteetti tai ilmaisu viittaavat siihen mittakaavaan, jossa henkilön sukupuoli-identiteetti tai -rooli tai sukupuolen ilmaisu poikkeaa tietyin sukupuolen edustajiin kohdistuvista kulttuurisista normeista (Institute of Medicine, 2011). Sukupuoli-identiteetti tarkoittaa pahan olon tunnetta tai ahdistusta, joka johtuu sukupuoli-identiteetistä eli erosta henkilön sukupuoli-identiteetin ja hänelle syntymässä määritellyn sukupuoli-identiteetin (sekä siihen liittyvän sukupuoli-roolin ja/tai ensi- ja toissijaisten sukupuoli-identiteettimerkkien) välillä (Fisk, 1974, Knudson, De Cuypere & Bockting, 2010b). Vain jotkut sukupuoli-identiteettiä erottavat ihmiset kokevat sukupuoli-identiteettiä erottavaa jossain vaiheessa elämäänsä.

Ahdistukseen on tarjolla hoitoa, jonka avulla asiasta kärsivät ihmiset voivat tarkastella sukupuoli-identiteettiään ja löytää heille sopivan sukupuoli-roolin (Bockting & Goldberg, 2006). Hoito räätälöidään kunkin tarpeisiin sopivaksi: jokainen ihminen tarvitsee sukupuoli-identiteettiä erottavan omanlaistaan hoitoa. Tähän prosessiin saattaa kuulua myös sukupuoli-

ilmaisun muuttaminen tai kehon muokkaaminen. Lääketieteellisiä hoitovaihtoehtoja ovat esimerkiksi kehon feminisaatio tai maskulinisaatio hormonihoitojen ja/tai leikkausten avulla. Nämä lievittävät tehokkaasti sukupuolidysforiaa ja ovat lääketieteellisesti välttämättömiä useille ihmisille. Sukupuoli-identiteetit ja sukupuolen ilmaisutavat ovat monimuotoisia, ja hormoni- ja leikkaushoidot ovat vain kaksi vaihtoehtoa useista mahdollisuuksista, jotka voivat auttaa ihmisiä saavuttamaan tyytyväisyyden omaan itseensä ja identiteettiinsä.

Sukupuolidysforiaa pystytään suurimmaksi osaksi lievittämään hoidoilla (Murad et al., 2010). Vaikka transsukupuoliset, muunsukupuoliset ja kokemukseltaan tai ilmaisultaan sukupuolinormeista erottuvat ihmiset saattavat kokea sukupuolidysforiaa jossain vaiheessa elämäänsä, useat hoitoa saavat ihmiset löytävät itselleen sopivan sukupuoliroolin ja sukupuolen ilmaisutavan. Sukupuolirooli ja sukupuolen ilmaisu saattavat kuitenkin poiketa syntymässä määritellystä sukupuolesta tai vallitsevista sukupuolinormeista ja -odotuksista.

Sukupuolidysforiaan liittyvät diagnoosit

Jotkut ihmiset kokevat sukupuolidysforiaa siinä määrin, että ahdistus täyttää muodollisen diagnoosin edellytykset, jolloin se voidaan luokitella mielenterveyshäiriöksi. Tällainen diagnoosi ei saa leimata kyseistä ihmistä tai riistää hänen kansalais- ja ihmisoikeuksiaan. Nykyisissä luokittelujärjestelmissä, kuten *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* -järjestelmässä (American Psychiatric Association, 2000) ja *International Classification of Diseases (ICD)* -järjestelmässä (World Health Organization, 2007) määritellään satoja mielenterveyshäiriöitä, jotka eroavat toisistaan puhkeamisen, keston, patogeneesin, aiheutuvan toimintahäiriön ja hoidettavuuden perusteella. Kaikissa näissä järjestelmissä pyritään luokittelemaan oireiden ja olosuhteiden yhdistelmiä, ei itse yksilöitä. Häiriö on siis kuvaus jostain, jonka kanssa henkilö voi kamppailla, ei kuvaus henkilöstä tai hänen identiteetistään.

Transsukupuoliset, muunsukupuoliset ja sukupuolen kokemukseltaan tai ilmaisultaan normeista erottuvat ihmiset eivät siis luontaisesti kärsi jostain häiriöstä. Mahdollinen sukupuoli-ristiriidan aiheuttama ahdistus eli sukupuolidysforia voidaan diagnosoida, ja siihen on olemassa useita hoitomenetelmiä. Tällaisen dysforiadiagnoosin olemassaolo helpottaa usein pääsyä terveydenhoitoon ja voi edistää tehokkaiden hoitojen lisätutkimusta.

Uusien tutkimusten myötä myös diagnostiset nimikkeistöt muuttuvat sekä *DSM*-järjestelmässä (Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2010; Knudson, De Cuypere & Bockting, 2010b; Meyer-Bahlburg, 2010; Zucker, 2010) että *ICD*-järjestelmässä. Tästä syystä hoitosuosituksissa on käytetty tuttuja termejä, ja määritelmiä tarjotaan myös termeille, jotka ovat vasta syntymässä. Terveystieteiden ammattilaisten tulisi viitata omalla toiminta-alueellaan voimassa oleviin diagnostisiin edellytyksiin ja koodeihin.

IV. EPIDEMIOLOGISET NÄKÖKOHDAT

Muodollisia epidemiologisia tutkimuksia ei ole tehty erityisesti transsukupuolisuuden tai yleisesti muunsukupuolisuuden ja sukupuolen sukupuolinormeista erottuvien harvinaisempien kokemusten, ilmaisujen ja identiteettien ilmaantuvuudestaⁱⁱⁱ tai esiintyvyydestä^{iv}. Myös realististen arvioiden tekeminen on osoittautunut todella vaikeaksi (Institute of Medicine, 2011; Zucker & Lawrence, 2009). Vaikka epidemiologiset tutkimukset ympäri maailman todistaisivat, että transsukupuolisia, muunsukupuolisia ja kokemukseltaan tai ilmaisultaan sukupuolinormeista erottuvia ihmisiä on kaikkialla yhtä suuri osuus, on todennäköistä, että maiden väliset kulttuurierot muuttaisivat sekä erilaisten sukupuoli-identiteettien behavioraalista ilmaisua että sukupuolidysforian – joka on eri asia kuin sukupuoli-identiteetti – todellista esiintyvyyttä väestössä. Vaikka useissa maissa normatiivisten sukupuolirajojen ylittäminen herättää myötätunnon sijaan moraalista arvostelua, on myös esimerkkejä siitä, että joissain kulttuureissa sukupuolinormeista erottuvia kokemuksia ja ilmaisuja (esimerkiksi hengellisillä johtajilla) ei leimata häpeällisiksi ja niitä jopa kunnioitetaan (Besnier, 1994; Bolin, 1988; Chiñas, 1995; Coleman, Colgan & Gooren, 1992; Costa & Matzner, 2007; Jackson & Sullivan, 1999; Nanda, 1998; Taywaditep, Coleman & Dumronggittigule, 1997).

Eri syistä ilmaantuvuutta ja esiintyvyyttä tutkineet tutkijat ovat keskittyneet sukupuolinormeista erottuvissa kokemuksissa ja ilmaisuissa helpoimmin laskettavaan aliryhmään eli transsukupuolisiin, jotka kokevat sukupuolidysforiaa ja saavat sukupuolenkorjaukseen liittyvää hoitoa aiheeseen erikoistuneilla klinikoilla (Zucker & Lawrence, 2009). Useimmat tutkimukset on tehty Euroopan maissa, kuten Ruotsissa (Wålinder, 1968, 1971), Isossa-Britanniassa (Hoenig & Kenna, 1974), Alankomaissa (Bakker, Van Kesteren, Gooren & Bezemer, 1993; Eklund, Gooren & Bezemer, 1988; van Kesteren, Gooren & Megens, 1996), Saksassa (Weitze & Osburg, 1996) ja Belgiassa (De Cuypere et al., 2007). Yksi tutkimus on tehty Singaporessa (Tsoi, 1988).

De Cuypere kollegoineen (2007) arvioi näitä tutkimuksia ja toteutti samalla omansa. Yhdessä nämä tutkimukset kattavat 39 vuotta. Jos Paulyn vuonna 1965 ja Tsoin vuonna 1988 julkaisemia poikkeavia löydöksiä ei lasketa, jäljelle jää kymmenen tutkimusta, jotka on tehty kahdeksassa maassa. Raportoidut esiintyvyyttä koskevat luvut näissä kymmenessä tutkimuksessa ovat transnaisten (MtF, Male-to-Female) osalta välillä 1:11 900 ja 1:45 000 ja transmiesten (FtM, Female-to-Male) osalta välillä 1:30 400 ja 1:200 000. Jotkut tutkijat ovat arvioineet esiintyvyyden olevan paljon suurempi tutkimuksessa käytetystä menetelmästä riippuen (esimerkiksi Olyslager & Conway, 2007).

Suorat tutkimusten väliset vertailut ovat mahdottomia, sillä kunkin tutkimuksen tiedot on kerätty omanlaisella menetelmällään ja henkilön transsukupuoliseksi määrittelemisen edellytykset vaihtelevat (esimerkiksi onko henkilö saanut sukelinkirurgiaa, aloittanut hormonihoidon tai tullut pyytämään lääkäriltä lääketieteellistä apua sukupuolensa korjaamiseen). Uusimpien tutkimusten mukaan esiintyvyys näyttäisi olevan kasvamassa. Tämä saattaa joutua lääketieteellistä apua hakevien ihmisten lisääntyneistä määristä. Tukea tällaiselle tulkin- nalle antaa Reedin ja hänen kollegoidensa tutkimus (2009), jonka mukaan sukupuolenkor-

ⁱⁱⁱ **Ilmaantuvuus:** uusien tapausten määrä tietyllä ajanjaksolla (esimerkiksi yhtenä vuonna)

^{iv} **Esiintyvyys:** transsukupuolisten määrä jaettuna koko väestön määrällä

jaushoitoa tarjoavien klinikoiden asiakasmäärä kaksinkertaistuu Isossa-Britanniassa joka viides tai kuudes vuosi. Myös Zucker kollegoineen (2008) kertoo, että lapsia ja nuoria koskevat lähetteet heidän Kanadan Torontossa olevalle klinikalleen ovat nelin- tai viisinkertaisesti 30 vuoden aikana.

Tällaisten tutkimusten tuottamia lukuja voidaan parhaimmillaan pitää vähimmäisarvioina. Julkaistut luvut ovat pääasiassa peräisin klinikoilta, joiden potilaat täyttävät vakavan sukupuolidysforian edellytykset ja saavat terveydenhoitoa näillä klinikoilla. Arvioissa ei huomioida sitä mahdollisuutta, että kaikki tietyn alueen itseidentifioituneet sukupuolidysforiaa kokevat yksilöt eivät katso tietyllä klinikalla tarjottujen hoitojen olevan edullisia, hyödyllisiä tai hyväksyttäviä. Kun lasketaan vain ne ihmiset, jotka saavat klinikoilla tietyyttypistä hoitoa, määrittelemätön määrä sukupuolidysforiaa kokevia yksilöitä jätetään huomiotta.

Muut kliiniset havainnot (joita ei ole vielä vahvistettu järjestelmällisillä tutkimuksilla) tukevat sitä, että sukupuolidysforian esiintyvyys on todennäköisesti suurempi: (i) Aiemmin tunnistamattomia sukupuolidysforiatapauksia on satunnaisesti diagnosoitu, kun potilailla on havaittu ahdistuneisuutta, masennusta, käyttäytymishäiriöitä, päihteiden käyttöä, dissosiativisia identiteettihäiriöitä, rajatilapersoonallisuushäiriöitä, seksuaalisia häiriöitä ja sukupuolen kehityksen häiriöitä (Cole, O'Boyle, Emory & Meyer III, 1997). (ii) Jotkut transvestiitit, drag queenit / drag kingit tai naisiksi/miehiksi eläytyvät henkilöt (female/male impersonators) sekä homot ja lesbot voivat kokea sukupuolidysforiaa (Bullough & Bullough, 1993). (iii) Joidenkin henkilöiden sukupuolidysforian voimakkuus vaihtelee kliinisen kynnsarvon molemmin puolin (Docter, 1988). (iv) Useissa kulttuureissa FTM-yksilöiden sukupuolinormeista erottuva kokemus tai ilmaisu on suhteellisen näkymätöntä useille tahoille. Tämä pätee erityisesti länsimaisiin terveydenhoidon ammattilaisiin ja tutkijoihin, jotka ovat toteuttaneet suurimman osan tutkimuksista, joihin nykyiset esiintyvyyden ja ilmaantuvuuden arviot perustuvat (Winter, 2009).

Kaiken kaikkiaan nykyisiä tietoja tulisi pitää lähtökohtana. Terveydenhoito hyötyisi tarkemmista, eri puolilla maailmaa toteutettavista epidemiologista tutkimuksista.

V. SUKUPUOLIDYSFORIAN HOITOMENETELMIEN YHTEENVETO

Sukupuolidysforiaa koskevan tietämyksen ja hoidon edistysaskeleet

1900-luvun toisella puoliskolla tietoisuus sukupuolidysforiailmiöstä lisääntyi, kun terveydenhoidon ammattilaiset alkoivat tarjota apua sen lievittämiseksi. Tämä tehtiin tukemalla ensi- ja toissijaisten sukupuolitunnusmerkkien muutoksia hormonihoidoin ja leikkauksin samalla sukupuoliroolia muuttamalla. Vaikka Harry Benjamin oli jo tuonut esiin, että sukupuolinormeista erottuvaa kokemusta tai ilmaisua oli olemassa laaja kirjo (Benjamin, 1966), ensimmäinen kliininen lähestymistapa keskittyi tunnistamaan, kenelle sukupuolenkorjaus kannattaisi tehdä, jotta fyysinen muutos miehestä naiseksi tai naisesta mieheksi olisi mahdollisimman täydellinen (esimerkiksi Green & Fleming, 1990; Hastings, 1974). Tätä lähestymistapaa arvioitiin laajasti, ja se osoittautui erittäin tehokkaaksi. Tyytyväisten määrä vaihteli

MTF-potilaiden 87 prosentista FTM-potilaiden 97 prosenttiin (Green & Fleming, 1990), ja katumus oli erittäin harvinaista (1–1,5 prosenttia MTF-potilailta ja alle 1 FTM-potilailta; Pfäfflin, 1993). Hormonihoitoa ja leikkausta onkin pidetty lääketieteellisesti välttämättöminä useille ihmisille sukupuolidysforian lievittämiseksi (American Medical Association, 2008; Anton, 2009; The World Professional Association for Transgender Health, 2008).

Alan kehittyessä terveydenhoidon ammattilaiset huomasivat, että vaikka monet tarvitsevat sukupuolidysforian lievittämiseen sekä hormonihoitoa että leikkausta, toiset tarvitsevat vain jommankumman näistä hoitovaihtoehdoista ja jotkut eivät tarvitse kumpaakaan (Bockting & Goldberg, 2006; Bockting, 2008; Lev, 2004). Jotkut pystyvät – usein psykoterapian avulla – yhdistämään transsukupuoliset tai sukupuolen rajat ylittävät tunteensa syntymässä määriteltyyn sukupuolirooliinsa. Tällöin heillä ei ole tarvetta feminisoida tai maskulinisoida kehoaan. Toisille muutokset sukupuoliroolissa ja sukupuolen ilmaisussa riittävät sukupuolidysforian lievittämiseen. Jotkut potilaat saattavat tarvita hormoneja ja mahdollisen muutoksen sukupuolirooliinsa, mutta ei leikkausta. Jotkut taas saattavat tarvita muutoksen sukupuolirooliinsa ja leikkauksen, mutta ei hormoneja. Toisin sanoen: sukupuolidysforian hoidosta on tullut yhä yksilöllisempää.

Kun transsukupuolisten, muunsukupuolisten ja sukupuolen kokemukseltaan tai ilmaisultaan sukupuolinormeja vastaamattomien ihmisten sukupolvi – joista useat ovat hyötäneet erilaisista hoitotavoista – on vakiinnuttanut asemansa, heistä on tullut yhteisönä yhä näkyvämpi ja erittäin monimuotoinen sukupuoli-identiteettien ja -roolien sekä sukupuolen ilmaisun kannalta. Jotkut yksilöt kuvailevat olevansa kokemukseltaan tai ilmaisultaan sukupuolinormeista erottuvia, mutta selvästi sukupuoliset rajat ylittäviä (eli toisen sukupuolen edustajia; Bockting, 2008). Toisilla on ainutlaatuinen sukupuoli-identiteetti, eivätkä he pidä itseään miehinä eivätkä naisina (Bornstein, 1994; Kimberly, 1997; Stone, 1991; Warren, 1993). Sen sijaan he saattavat kuvailla sukupuoli-identiteettiään erityisillä termeillä, kuten muunsukupuolinen tai transgender, bigender (sukupuoli, jossa yhdistyy kaksi sukupuolta) tai genderqueer (sukupuoli ei ole rajoittunut miehen ja naisen rooliin). Nämä termit vahvistavat heidän ainutlaatuisia kokemuksiaan, jotka saattavat ylittää binäärisen sukupuolinäkemyksen (Bockting, 2008; Ekins & King, 2006; Nestle, Wilchins & Howell, 2002). He eivät ehkä koe identiteettinsä vahvistusta siirtymävaiheeksi, koska he eivät ole koskaan hyväksyneet heille syntymässä määriteltyä sukupuoliroolia tai koska he toteuttavat sukupuoli-identiteettiään ja -rooliaan sekä sukupuolen ilmaisuaan tavalla, johon ei liity siirtymistä sukupuoliroolista toiseen. Esimerkiksi jotkut genderqueeriksi itsensä identifioivat nuoret ovat aina kokeneet sukupuoli-identiteettinsä ja -roolinsa samanlaisiksi (genderqueeriksi). Sukupuolen monimuotoisuuden suurempi julkinen näkyvyys ja tietoisuus monimuotoisuudesta (Feinberg, 1996) ovat antaneet sukupuolidysforiaa kokeville ihmisille lisämahdollisuuksia toteuttaa identiteettiään ja löytää itselleen sopivan roolin ja ilmaisutavan.

Terveydenhoidon ammattilaiset voivat auttaa sukupuolidysforiaa kokevia vahvistamaan sukupuoli-identiteettiään, tutkimaan erilaisia mahdollisuuksia tämän identiteetin ilmaisemiseen ja tekemään päätöksiä lääketieteellisistä hoitovaihtoehdoista sukupuolidysforian lievittämiseksi.

Sukupuolidysforian psykologiset ja lääketieteelliset hoitomahdollisuudet

Sukupuolidysforiaan apua hakeville on tarjolla erilaisia hoitomahdollisuuksia. Käytettävien hoitotapojen määrä ja tyyppi sekä niiden käyttöjärjestys voivat vaihdella henkilöstä toiseen (esimerkiksi Bockting, Knudson & Goldberg, 2006; Bolin, 1994; Rachlin, 1999; Rachlin, Green & Lombardi, 2008; Rachlin, Hansbury & Pardo, 2010). Hoitovaihtoehtoja ovat seuraavat:

- muutokset sukupuolen ilmaisussa ja roolissa (tähän saattaa sisältyä osa- tai kokoaikainen eläminen toisessa sukupuoliroolissa, joka on yhdenmukainen henkilön sukupuoli-identiteetin kanssa)
- hormonihoito kehon feminisoimiseksi tai maskulinisoimiseksi
- leikkaus, jolla muutetaan ensi- ja/tai toissijaiset sukupuolitunnusmerkit (esimerkiksi rinnat/rintakehä, ulkoiset ja/tai sisäiset sukuelimet, kasvopiirteet ja kehon muodot)
- psykoterapia (yksilö-, pari-, perhe- tai ryhmäterapia) sukupuoli-identiteetin ja -roolin sekä sukupuolen ilmaisun tutkimiseksi, sukupuolidysforian ja häpeän mielenterveydelle aiheuttaman kielteisen vaikutuksen käsittelemiseksi, sisäistetyn transfobian lievittämiseksi, sosiaalisen ja vertaistuen vahvistamiseksi, kehonkuvan parantamiseksi tai selviytymiskyvyn voimistamiseksi.

Sosiaalisen tuen ja sukupuolen ilmaisun muuttamisen mahdollisuudet

Edellä kuvattujen psykologisten ja lääketieteellisten hoitomahdollisuuksien lisäksi (tai niiden sijasta) sukupuolidysforiaa voidaan lievittää myös muilla keinoilla. Tällaisia keinoja ovat esimerkiksi seuraavat:

- kasvatusten ja verkossa annettava vertaistuki, ryhmät ja yhteisön organisaatiot, jotka tarjoavat mahdollisuuksia sosiaaliseen tukeen ja asioiden ajamiseen
- kasvatusten ja verkossa annettava tuki perheille ja ystäville
- puhe- ja ääniterapia sekä liiketerapia, joilla autetaan yksilöitä kehittämään sanallisen ja sanattoman viestinnän taitoja, jotka auttavat heitä hyväksymään sukupuoli-identiteettinsä
- karvanpoisto elektrolyysillä, laserhoidolla tai vahauksella
- rintojen bindaus tai rintatoppaukset, sukuelinten piilottaminen tai penisproteesit, lanteiden tai pakaroiden toppaukset
- nimen ja henkilötunnuksen muutokset henkilöllisyystodistuksissa.

VI. SUKUPUOLIDYSFORIAA KOKEVIEN LASTEN JA NUORTEN ARVIOINTI JA HOITO

Sukupuolidysforia sekä sen kehitymis- ja hoitotavat eroavat merkittävästi lapsilla, nuorilla ja aikuisilla. Lasten ja nuorten kehitysprosessi (fyysinen, psykologinen ja seksuaalinen) on nopea ja dramaattinen. Erityisesti alle puberteetti-ikäisten lasten tulokset ovat vaihtelevampia kuin muilla. Siksi tässä hoitosuosituksen luvussa annetaan kliinisiä ohjeita lasten ja nuorten sukupuolidysforian arviointiin ja hoitoon.

Sukupuolidysforiaa kokevien lasten ja nuorten eroavaisuudet

Tärkein ero sukupuolidysforiaa kokevien lasten ja nuorten välillä on niiden henkilöiden osuus, joiden dysforia säilyy aikuisuuteen asti. Lapsuudessa koettu sukupuolidysforia ei välttämättä jatku aikuisuuteen asti.^v Klinikalle sukupuolidysforian arviointia varten lähetteen saaneiden alle puberteetti-ikäisten lasten (pääasiassa poikien) seurantatutkimuksissa havaittiin pikemminkin, että dysforia säilyi aikuisuuteen ainoastaan 6–23 prosentilla lapsista (Cohen-Kettenis, 2001; Zucker & Bradley, 1995). Näiden tutkimusten pojat identifioivat itsensä aikuisina pikemminkin homoiksi kuin muunsukupuolisiksi (Green, 1987; Money & Russo, 1979; Zucker & Bradley, 1995; Zuger, 1984). Uusimmissa tutkimuksissa, joissa seurattiin myös tyttöjä, aikuisuuteen asti säilyvä sukupuolidysforia oli 12–27 prosentilla tapauksista (Drummond, Bradley, Peterson-Badali & Zucker, 2008; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008).

Nuorten sukupuolidysforia näyttää sitä vastoin säilyvän todennäköisemmin aikuisuuteen asti. Muodollisia prospektiivisiä tutkimuksia ei ole tehty. Seurantatutkimuksessa tutkittiin kuitenkin 70 nuorta, joilla oli diagnosoitu sukupuolidysforia ja joille oli annettu puberteettia jarruttavia hormoneja. Tutkimuksessa kaikki jatkoivat myöhemmin sukupuolenkorjausprosessia ja aloittivat feminisoivan/maskulinisoivan hormonihoidon (de Vries, Steensma, Doreleijers & Cohen-Kettenis, 2010).

Toinen ero sukupuolidysforiaa kokevien lasten ja nuorten välillä on kunkin ikäryhmän sukupuolijakaumat. Kliinisen lähetteen saaneiden alle 12-vuotiaiden sukupuolidysforiaa kokevien lasten sukupuolijakauma vaihteli suhdeluvusta 6:1 suhdelukuun 3:1 (pojat:tytöt) (Zucker, 2004). Kliinisen lähetteen saaneiden yli 12-vuotiaiden sukupuolidysforiaa kokevien nuorten sukupuolijakauma oli lähellä suhdelukua 1:1 (Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2003).

Luvun IV sekä Zuckerin ja Lawrencen (2009) mukaan muodollisia epidemiologisia tutkimuksia lasten, nuorten ja aikuisten sukupuolidysforiasta ei ole tehty. Lisätutkimukset olisivat tarpeen, jotta voitaisiin arvioida sen esiintyvyyttä ja pysyvyyttä eri väestöissä maailmanlaajuisesti.

^v Sukupuolinormeista erottuvat käyttäytymismallit voivat jatkua aikuisuuteen asti, mutta ne eivät välttämättä merkitse sukupuolidysforiaa ja hoidon tarvetta. Kuten luvussa III kuvattiin, sukupuolidysforia ei tarkoita sukupuolen ilmaisun moninaisuutta.

Lasten fenomenologia

Jopa kaksivuotiailla lapsilla on piirteitä, jotka voivat viitata sukupuolidysforiaan. Lapset saattavat toivoa olevansa toista sukupuolta ja olla onnettomia fyysisistä sukupuolitunnusmerkeistään ja toiminnoistaan. Lisäksi he saattavat pitää vaatteista, leluista ja peleistä, jotka yleisesti liitetään toiseen sukupuoleen, ja leikkiä mieluummin toista sukupuolta olevien lasten kanssa. Näissä ominaisuuksissa näyttää olevan heterogeenisyyttä: jotkut lapset eroavat merkittävästi sukupuolinormeista sukupuolen kokemisessaan ja ilmaisussaan sekä toimintatavoissaan ja toiveissaan, eivätkä tunne oloaan pitkänkään ajan kuluessa mukavaksi ensisijaisten sukupuolitunnusmerkkiensä kanssa. Toisilla lapsilla nämä piirteet eivät ole yhtä intensiivisiä tai näkyvät vain osittain (Cohen-Kettenis et al., 2006; Knudson, De Cuypere & Bockting, 2010a).

Sukupuolidysforiaa kokevilla lapsilla on tavallisesti myös internalisoivia häiriöitä, kuten ahdistusta ja masennusta (Cohen-Kettenis, Owen, Kaijser, Bradley & Zucker, 2003; Wallien, Swaab & Cohen-Kettenis, 2007; Zucker, Owen, Bradley & Ameeriar, 2002). Autismikirjon häiriöiden esiintyvyys näyttäisi olevan suurempi kliinisen lähetteen saaneiden, sukupuolidysforiaa kokevien lasten joukossa kuin väestöllä yleensä (de Vries, Noens, Cohen-Kettenis, van Berckelaer-Onnes & Doreleijers, 2010).

Nuorten fenomenologia

Useimmilla lapsilla sukupuolidysforia katoaa ennen puberteettia tai sen varhaisvaiheessa. Joillakin lapsilla nämä tuntemukset kuitenkin vahvistuvat ja vastenmielisyyys kehoa kohtaan kehittyä tai vahvistuu heidän kasvaessaan nuoriksi ja heidän toissijaisten sukupuolitunnusmerkkiensä kehittyessä (Cohen-Kettenis, 2001; Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2003; Drummond et al., 2008; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008; Zucker & Bradley, 1995). Erään tutkimuksen tulosten mukaan voimakas sukupuolinormeista erottuva kokemus tai ilmaisu lapsuudessa voidaan liittää sukupuolidysforian säilymiseen myöhäiseen nuoruuteen ja varhaisaikuisuuteen asti (Wallien & Cohen-Kettenis, 2008). Silti monilla sukupuolidysforiaansa apua hakevilla nuorilla ja aikuisilla ei ole ilmoituksensa mukaan ollut lapsuudessa sukupuolinormeista erottuvaa kokemusta tai ilmaisua (Docter, 1988; Landén, Wålander & Lundström, 1998). Siksi muille (vanhemmille, muille perheenjäsenille, ystäville ja yhteisön jäsenille) voi tulla yllätyksenä, kun nuoren sukupuolidysforia tulee ilmeiseksi nuoruudessa.

Nuoret, jotka kokevat ensi- ja/tai toissijaisten sukupuolitunnusmerkkiensä ja syntymässä määritellyn sukupuolensa olevan ristiriidassa sukupuoli-identiteettinsä kanssa, voivat ahdistua tästä syvästi. Useilla – muttei kaikilla – sukupuolidysforiaa kokevilla nuorilla on voimakas halu hyödyntää hormoneja ja leikkausta. Yhä useammat nuoret ovat alkaneet elää haluamassaan sukupuoliroolissa jo yläkouluikäisinä (Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2003).

Sukupuoli-identiteettiin erikoistuneelle klinikalle lähetteen saaneiden nuorten joukossa niiden määrä, joiden katsotaan olevan kelpoisia varhaiseen lääketieteelliseen hoitoon, vaihtelee maittain ja keskuksittain. Hoito aloitetaan GnRH-analogeilla puberteetin jarruttamiseksi ensimmäisissä Tannerin vaiheissa. Kaikki klinikat eivät tarjoa puberteetin jarrutushoitoja. Jos

kyseistä hoitoa tarjotaan, puberteetin vaihe, jossa nuoret saavat aloittaa hoidon, vaihtelee Tannerin vaiheesta 2 vaiheeseen 4 (Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006; Zucker et al., painossa). Hoidettujen nuorten prosenttiosuuksiin vaikuttavat todennäköisesti terveydenhoidon järjestäminen, vakuutusnäkökohdat, kulttuurierot, terveydenhoidon ammattilaisten mielipiteet ja erilaisissa tilanteissa tarjottavat diagnoosimenettelyt.

Kokemattomat kliinikot saattavat sekoittaa sukupuolidysforian oireet harhaluuloihin. Fenomenologisesti sukupuolidysforian, harhaluulojen ja muiden psykoottisten oireiden esiintymisen välillä on laadullinen ero. Suurin osa sukupuolidysforiaa kokevista lapsista ja nuorista ei sairasta vakavia psykiatrisia sairauksia, kuten psykoottisia häiriöitä (Steensma, Biemond, de Boer & Cohen-Kettenis, julkaistu verkossa ennen painettua versiota 7.1.2011).

Sukupuolidysforiaa kokevilla nuorilla on tavallisemmin samanaikaisesti esiintyviä internalisoivia häiriöitä, kuten ahdistusta ja masennusta, ja/tai eksternalisoivia häiriöitä, kuten uhmakkuushäiriötä (de Vries et al., 2010). Autismikirjon häiriöiden esiintyvyys näyttäisi olevan suurempi kliinisen lähetteen saaneiden, sukupuolidysforiaa kokevien nuorten joukossa kuin nuorilla yleensä (de Vries et al., 2010). Ilmiö on siis sama kuin sukupuolidysforiaa kokevilla lapsilla.

Sukupuolidysforiaa kokevien lasten tai nuorten parissa työskentelevien mielenterveysalan ammattilaisten pätevyys

Seuraavassa esitellään suositellut vähimmäisedellytykset mielenterveysalan ammattilaisille, jotka arvioivat, lähettävät ja hoitavat sukupuolidysforiaa kokevia lapsia ja nuoria:

1. luvussa VII määritetyt aikuisten kanssa työskentelevien mielenterveysalan ammattilaisten pätevyysvaatimukset
2. lasten ja nuorten kehityspsykopatologian koulutus
3. pätevyys lasten ja nuorten tavallisten ongelmien diagnosointiin ja hoitoon.

Sukupuolidysforiaa kokevien lasten ja nuorten parissa työskentelevien mielenterveysalan ammattilaisten tehtävät

Sukupuolidysforiaa kokevien lasten ja nuorten parissa työskentelevien mielenterveysalan ammattilaisten tehtävät saattavat olla seuraavanlaiset:

1. Lasten ja nuorten sukupuolidysforian suora arviointi (katso jäljempänä yleiset arviointiohjeet).
2. Perheneuvonnan ja tukevan psykoterapian tarjoaminen, jotta lapsia ja nuoria voidaan auttaa tutkimaan sukupuoli-identiteettiään, lievittämään sukupuolidysforian tuottamaa ahdistusta ja parantamaan muita psykososiaalisia vaikeuksia.

3. Lasten tai nuorten muiden mielenterveysongelmien arviointi ja hoitaminen (tai lähettäminen toisen mielenterveysalan ammattilaisen hoitoon). Tällaiset huolenaiheet olisi käsiteltävä osana yleistä hoitosuunnitelmaa.
4. Nuorten lähettäminen ylimääräisiin fyysisiin toimenpiteisiin (kuten puberteettia jarruttaviin hormonihoidoihin) sukupuolidysforian lievittämiseksi. Lähetteeseen tulisi dokumentoida arvio sukupuolidysforiasta ja mielenterveydestä, nuoren kelpoisuus fyysisiin toimenpiteisiin (kuvattu jäljempänä), mielenterveysalan ammattilaisen pätevyys kyseisissä asioissa sekä kaikki muut nuoren terveydentilaa koskevat tiedot ja lähetteet erityishoitoihin.
5. Sukupuolidysforiaa kokevien lasten, nuorten ja heidän perheidensä asioiden ajaminen ja tiedottaminen heidän yhteisöissään (esimerkiksi päiväkodeissa, kouluissa, leireillä ja muissa organisaatioissa). Näytön perusteella tämä on erityisen tärkeää: lapset ja nuoret, jotka eivät täytä sosiaalisesti säädettyjä sukupuolinormeja, saattavat kokea häirintää koulussa (Grossman, D'Augelli & Salter, 2006; Grossman, D'Augelli, Howell & Hubbard, 2006; Sausa, 2005), jolloin heillä on sosiaalisen eristäytymisen, masennuksen ja muiden negatiivisten seurausten vaara (Nuttbrock et al., 2010).
6. Tiedon tarjoaminen lapsille, nuorille ja heidän perheilleen sekä vertaistuen tarjoaminen, esimerkiksi lähettäminen kokemukseltaan tai ilmaisultaan sukupuolinormeista erottuvien lasten vanhempien tukiryhmiin (Gold & MacNish, 2011; Pleak, 1999; Rosenberg, 2002).

Lasten ja nuorten arviointia ja psykososiaalisia toimenpiteitä tarjotaan usein monialaisen sukupuoli-identiteettipalvelun puitteissa. Jos tällaista monialaista palvelua ei ole saatavilla, mielenterveysalan ammattilaisen tulisi tarjota neuvontaa ja yhteys lasten endokrinologian, joka voi auttaa arvioinnissa, neuvonnassa ja fyysisiin toimenpiteisiin liittyvissä päätöksissä.

Lasten ja nuorten psykologinen arviointi

Kun sukupuolidysforiaansa apua hakevia lapsia ja nuoria arvioidaan, mielenterveysalan ammattilaisten tulisi yleisesti ottaen noudattaa seuraavia ohjeita:

1. Mielenterveysalan ammattilaisten ei tulisi ohittaa kokemukseltaan tai ilmaisultaan sukupuolinormeista erottuvia sukupuoli-identiteettejä tai sukupuolidysforian oireita eikä suhtautua niihin kielteisesti. Heidän tulisi pikemminkin huomioida lasten, nuorten ja näiden perheiden huolenaiheet, tarjota sukupuolidysforian ja mahdollisten samanaikaisesti esiintyvien mielenterveysongelmien perusteellista arviointia sekä kertoa tarvittaessa erilaisista hoitomuodoista. Hyväksyminen ja salailun väheneminen voivat helpottaa huomattavasti sukupuolidysforiaa kokevien lasten ja nuorten sekä heidän perheenjäsentensä oloa.

2. Sukupuolidysforian ja mielenterveyden arvioinnissa tulisi tutkia lapsen tai nuoren sukupuoli-identiteetin luonnetta ja ominaisuuksia. Tässä yhteydessä olisi suoritettava psykodiagnostinen ja psykiatrinen arviointi, joka kattaa emotionaalisen toiminnan, vertaisryhmän ja muut sosiaaliset suhteet sekä älyllisen toiminnan / koulumenestyksen. Arviointiin pitää sisältyä myös perheen vahvuuksien ja heikkouksien arvio. Emotionaaliset ja käyttäytymisen ongelmat ovat suhteellisen tavallisia, ja lapsen tai nuoren elinympäristössä saattaa olla ratkaisemattomia ongelmia (de Vries, Doreleijers, Steensma & Cohen-Kettenis, 2011; Di Ceglie & Thümmel, 2006; Wallien et al., 2007).
3. Nuorille ja heidän vanhemmilleen tulee kertoa arviointivaiheessa eri hoitoihin liittyvistä mahdollisuuksista ja rajoituksista. Tämä on välttämätöntä paitsi tietoisien suostumuksen, myös arvioinnin kannalta. Se, miten nuoret reagoivat sukupuolenkorjauksen realiteetteihin, voi olla diagnostisesti informatiivista. Oikea tieto voi muuttaa nuoren halua saada tiettyä hoitoa, jos halu on perustunut epärealistisiin odotuksiin.

Psykologiset ja sosiaaliset toimenpiteet lapsille ja nuorille

Kun sukupuolidysforiaa kokevia lapsia ja nuoria tuetaan ja hoidetaan, mielenterveysalan ammattilaisten tulisi noudattaa seuraavia ohjeita:

1. Mielenterveysalan ammattilaisten tulisi auttaa perheitä, jotta ne suhtautuisivat hyväksyvämmiin ja kannustavammin lapsen tai nuoren sukupuolidysforiaan liittyviin huoliin. Perheillä on tärkeä rooli nuorten psyykkisessä terveydessä ja hyvinvoinnissa (Brill & Pepper, 2008; Lev, 2004). Myös yhteisön jäsenet ja mentorit voivat antaa tärkeää sosiaalista tukea.
2. Psykoterapian tulisi keskittyä lapsen tai nuoren sukupuolidysforian tuottaman ahdistuksen vähentämiseen ja muiden psykososiaalisten vaikeuksien parantamiseen. Sukupuolenkorjaukseen pyrkivien nuorten psykoterapiassa voidaan keskittyä tukemaan heitä ennen korjausta, sen aikana ja sen jälkeen. Tähän tilanteeseen soveltuvista psykoterapeuttisista lähestymistavoista ei ole julkaistu muodollisia arvioita, mutta useita neuvontamenetelmiä on kuvattu (Cohen-Kettenis, 2006; de Vries, Cohen-Kettenis & Delemarre-van de Waal, 2006; Di Ceglie & Thümmel, 2006; Hill, Menvielle, Sica & Johnson, 2010; Malpas, 2011; Menvielle & Tuerk, 2002; Rosenberg, 2002; Vanderburgh, 2009; Zucker, 2006).

Hoitoa, jolla pyritään muuttamaan henkilön sukupuoli-identiteettiä ja sukupuolen ilmaisua vastaamaan paremmin syntymässä määriteltäviä sukupuoliä, on yritetty aiemmin tuloksetta (Gelder & Marks, 1969; Greenson, 1964) erityisesti pitkällä aikavälillä (Cohen-Kettenis & Kuiper, 1984; Pauly, 1965). Tällaista hoitoa ei enää nykyään pidetä eettisenä.

3. Perheenjäseniä tulisi tukea, jotta he voisivat käsitellä lapsen tai nuoren psykoseksuaalisiin tuloksiin liittyvää epävarmuutta ja ahdistusta. Näin he voivat auttaa tätä kehittämään myönteisen minäkuvan.
4. Mielenterveysalan ammattilaisten ei pitäisi tyrkyttää binääristä sukupuolikäsitystä. Heidän tulisi antaa asiakkailleen runsaasti tilaa tutkia eri mahdollisuuksia sukupuolen ilmaisulle. Hormoni- tai leikkaushoidot sopivat joillekin nuorille, mutta eivät kaikille.
5. Asiakkaita ja heidän perheitään tulisi tukea vaikeiden päätösten teossa. Tällaiset päätökset koskevat sitä, missä mittakaavassa asiakkaat saavat ilmaista sukupuoli-identiteettiinsä sopivaa sukupuoliroolia ja miten sukupuoliroolin muutokset ja mahdollinen sosiaalinen transiitio ajoitetaan. Asiakas saattaa esimerkiksi käydä koulua toteuttaessaan sosiaalista transiittoa osaksi (esimerkiksi käyttämällä sukupuoli-identiteettiä heijastavaa vaatetusta ja hiustyyliä) tai kokonaan (esimerkiksi käyttämällä sukupuoli-identiteettiin sopivaa nimeä ja viittaussanoja). Vaikeaa on esimerkiksi se, kerrotaanko muille ihmisille asiakkaan tilanteesta, milloin se tehdään ja miten muut saattavat reagoida.
6. Terveystieteiden ammattilaisten pitäisi tukea ja neuvoa asiakkaitaan ja heidän perheitään asioiden hoidossa ja viestinnässä yhteisön jäsenten ja opettajien, koululautakuntien ja tuomioistuinten sekä muiden vastaavien viranomaisten kanssa.
7. Mielenterveysalan ammattilaisten tulisi pyrkiä säilyttämään hoitosuhde sukupuoli-normeista kokemukseltaan tai ilmaisultaan erottuvien lasten tai nuorten ja heidän perheidensä kanssa kaikkien sosiaalisten ja fyysisten muutosten läpi. Tämä takaa, että sukupuolen ilmaisua ja sukupuolidysforian hoitoa koskevia päätöksiä harkitaan tarkkaan ja toistuvasti. Samalla tavalla on toimittava myös tilanteissa, jossa lapsi tai nuori on jo muuttanut sosiaalisen sukupuoliroolinsa ennen mielenterveysalan ammattilaisen tapaamista.

Sosiaalinen transiitio varhaislapsuudessa

Jotkut lapset ilmoittavat jo kauan ennen puberteettia, että he haluavat tehdä sosiaalisen transiition eli siirtyä elämään omaksi kokemassaan sukupuoli-identiteetiksi. Jotkut näistä lapsista ilmaisevat tällä sukupuoli-identiteettiään. Toisilla taas päätöksen taustalla ovat muut tekijät. Perheet eroavat toisistaan siinä, missä määrin pienten lasten annetaan siirtyä sosiaalisesti toiseen sukupuoli-identiteettiin. Varhaislapsuudessa tehdyt sosiaaliset transiitiot toteutuvat joissakin perheissä onnistuneesti. Asia on kuitenkin kiistanalainen, ja terveydenhoidon ammattilaisilla on siitä erilaisia näkemyksiä. Nykyinen tietopohja ei riitä sen ennustamiseen, millaisia pitkäaikaisia vaikutuksia on siirtymisellä varhaislapsuudessa toiseen sukupuoli-identiteettiin. Varhaisen sosiaalisen transiition tehneitä lapsia käsittelevät vaikuttavuustutkimukset helpottaisivat merkittävästi tulevien kliinisten suositusten laatimista.

Mielenterveysalan ammattilaiset voivat auttaa perheitä tekemään päätöksiä, jotka koskevat pienten lasten sukupuoliroolin muutoksen ajoitusta ja koko prosessia. Heidän tulisi tarjota tietoa ja auttaa vanhempia punnitsemaan valintojen edut ja haasteet. Tässä yhteydessä merkittävässä asemassa on se, että lapsuuden sukupuolidysforia ei useinkaan säily (Drummond et al., 2008; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008). Muutos takaisin alkuperäiseen sukupuolirooliin voi olla erittäin ahdistava, ja lapsi saattaa jopa päätyä lykkäämään tätä toista sosiaalista transitiota myöhemmäksi (Steensma & Cohen-Kettenis, 2011). Tällaisten syiden takia vanhemmat saattavat haluta kertoa roolimutoksen olevan ikään kuin tutkimusretki toiseen sukupuolirooliin eikä niinkään pysyvä tilanne. Mielenterveysalan ammattilaiset voivat auttaa vanhempia tunnistamaan mahdolliset välivaiheen ratkaisut tai kompromissit (esimerkiksi tilanne, jossa prosessia toteutetaan vain lomalla). On myös tärkeää, että vanhemmat kertovat lapselle, että myös vanhaan voi palata.

Vanhempien siirtymävaihetta (sen ajoitusta ja laajuutta) koskevista päätöksistä huolimatta ammattilaisten olisi neuvottava ja tuettava heitä, kun he käyvät läpi erilaisia vaihtoehtoja ja niiden vaikutuksia. Jos vanhemmat eivät anna pienen lapsensa muuttaa sukupuolirooliaan, he saattavat tarvita neuvoja siihen, miten he voivat vastata lapsensa tarpeisiin herkillä ja kasvattavalla tavalla. Näin taataan, että lapsella on runsaasti mahdollisuuksia tutkia sukupuoleen liittyviä tunteita ja käyttäytymistä turvallisessa ympäristössä. Jos vanhemmat antavat pienen lapsensa muuttaa sukupuolirooliaan, he saattavat tarvita neuvontaa, jotta lapsen kokemus olisi myönteinen. He saattavat esimerkiksi tarvita apua oikeiden pronominien käyttämisessä, turvallisen ja tukea antavan ympäristön säilyttämisessä siirtymävaiheessa olevalle lapselle (esimerkiksi koulussa ja vertaisympäristössä) ja viestinnässä muille lapsen elämässä oleville ihmisille. Kummassakin tapauksessa lapsen lähestyessä puberteettia tilanne on todennäköisesti arvioitava uudelleen ja harkittava esimerkiksi mahdollisia fyysisiä toimenpiteitä.

Nuorille suoritettavat fyysiset toimenpiteet

Ennen kuin nuorille harkitaan minkäänlaisia fyysisiä toimenpiteitä, tulisi edellä kerrotun mukaisesti kartoittaa nuoren psykologiset sekä perheeseen ja sosiaaliseen elämään liittyvät asiat. Kartoituksen kesto voi vaihdella huomattavasti tilanteen monimutkaisuuden mukaan.

Fyysisiä toimenpiteitä olisi käsiteltävä nuorten kehityksen yhteydessä. Joistakin nuorten identiteettiuskomuksista pidetään tiukasti kiinni ja ne ilmaistaan voimakkaasti, mikä antaa väärän kuvan niiden peruuttamattomuudesta. Nuori saattaa ryhtyä täyttämään sukupuolensa vaatimuksia ensisijaisesti miellyttääkseen vanhempiaan, eikä tämä johda välttämättä pysyvään muutokseen sukupuolidysforiassa (Hembree et al., 2009; Steensma et al., julkaistu versio 7.1.2011).

Nuorille suoritettavat fyysiset toimenpiteet voidaan jakaa kolmeen luokkaan tai vaiheeseen (Hembree et al., 2009):

1. *Täysin peruttavissa olevat toimenpiteet.* Näihin kuuluu GnRH-analogien käyttäminen estrogeeni- tai testosteronituotannon jarruttamiseksi ja siten puberteetin fyysisten

muutosten lykkäämiseksi. Vaihtoehtoisin hoitomuotoihin kuuluvat progestiinit (tavallisimmin medroksiprogesteroni) ja muut lääkitykset (kuten spironolaktoni), jotka vähentävät kivesten erittämien androgeenien vaikutuksia niillä nuorilla, jotka eivät saa GnRH-analogeja. Kuukautisten ehkäisemiseksi voidaan turvautua ehkäisytablettien jatkuvaan käyttöön (tai depo-medroksiprogesteroniin).

2. *Osittain peruttavissa olevat toimenpiteet.* Näihin kuuluvat hormonihoitot, joilla kehoa joko maskulinisoidaan tai feminisoidaan. Jotkut hormonien aiheuttamat muutokset saattavat edellyttää korjaavaa leikkausta vaikutuksen kääntämiseksi (esimerkiksi estrogeenien aiheuttama gynekomastia), kun taas toisia ei voi peruuttaa (esimerkiksi testosteronin aiheuttama äänen madaltuminen).
3. *Peruuttamattomat toimenpiteet.* Nämä ovat kirurgisia toimenpiteitä.

Vaiheittaista prosessia suositellaan, jotta voidaan pitää vaihtoehdot avoimina kahden ensimmäisen vaiheen aikana. Yhdestä vaiheesta ei tulisi siirtyä toiseen, ennen kuin nuori ja hänen vanhempansa ovat kokonaan sopeutuneet edellisten toimenpiteiden vaikutuksiin.

Täysin peruttavissa olevat toimenpiteet

Nuoret voivat tapauskohtaisesti saada puberteettia jarruttavia hormoneja heti puberteettiin liittyvien muutosten alettua. Jotta nuoret ja heidän vanhempansa voivat tehdä tietoon perustuvan päätöksen puberteetin lykkäämisestä, on suositeltavaa, että nuoret kokevat puberteetin alkamisen ainakin Tannerin vaiheeseen 2 asti. Joillekin lapsille tämä vaihe tulee jo hyvin varhain (esimerkiksi 9-vuotiaana). Tätä lähestymistapaa arvioiviin tutkimuksiin on osallistunut vain vähintään 12-vuotiaita lapsia (Cohen-Kettenis, Schagen, Steensma, de Vries & Delemarre-van de Waal, 2011; de Vries, Steensma et al., 2010; Delemarre-van de Waal, van Weissenbruch & Cohen Kettenis, 2004; Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006).

Kaksi tavoitetta oikeuttaa puberteetin jarruttamiseen tarkoitettujen hormonien käyttämisen: (i) käyttämällä niitä nuori saa lisää aikaa tutustua sukupuolionormeista eroavaan sukupuolen kokemukseensa tai ilmaisuunsa ja muihin kehitysasioihin, ja (ii) niiden käyttäminen saattaa helpottaa siirtymävaihetta estämällä niiden sukupuolitunnusmerkkien kehittymistä, joita on vaikeaa tai mahdotonta peruuttaa, jos nuori haluaa jatkaa sukupuolenkorjausta.

Puberteettia voi jarruttaa muutaman vuoden ajan, ja tänä aikana on tehtävä päätös joko hormonihoitot lopettamisesta tai siirtymisestä feminisoivien tai maskulinisoivien hormonien käyttöön. Puberteetin jarrutushoito ei väistämättä johda sosiaaliseen transitiioon tai sukupuolenkorjaukseen.

Puberteettia jarruttavien hormonien käytön edellytykset

Jotta nuori voisi käyttää puberteettia jarruttavia hormoneja, seuraavien edellytysten tulee täytyä:

1. Nuorella on ollut jo pitkään ja intensiivisesti sukupuolinormeista erottuvaa kokemusta tai ilmaisua tai sukupuolidysforiaa (joko tukahdutettua tai ilmaistua).
2. Sukpuolidysforia on ilmaantunut tai pahentunut puberteetin alettua.
3. Mahdolliset samanaikaisesti esiintyvät psykologiset, lääketieteelliset tai sosiaaliset ongelmat, jotka voivat vaikuttaa hoitoon (esimerkiksi vaarantaa hoidon noudattamisen), on havaittu sellaisiksi, että nuori on riittävän vakaa aloittaakseen hoidon.
4. Nuori on antanut tietoisesti suostumuksen ja – erityisesti, jos nuori ei ole vielä saavuttanut lääketieteelliseen suostumukseen tarvittavaa ikää – vanhemmat tai muut huoltajat ovat suostuneet hoitoon ja ovat mukana tukemassa nuorta koko hoitoprosessin ajan.

Puberteetin jarruttamisen hoito-ohjelmat, seuranta ja riskit

Puberteetin jarruttamiseksi nuoria, joilla on miehen sukuelimet, tulisi hoitaa GnRH-analogeilla, jotka lopettavat luteinisoivan hormonin ja siten testosteronin erittymisen. Vaihtoehtoisesti voidaan käyttää progestiineja (kuten medroksiprogesteronia) tai muita lääkkeitä, jotka estävät testosteronin erityksen ja/tai neutralisoivat testosteronin vaikutusta. Puberteetin jarruttamiseksi nuoria, joilla on naisen sukuelimet, tulisi hoitaa GnRH-analogeilla, jotka lopettavat estrogeenin ja progesteronin tuotannon. Vaihtoehtoisesti voidaan käyttää progestiineja (kuten medroksiprogesteronia). Kuukautisten ehkäisemiseksi voidaan turvautua ehkäisytablettien jatkuvaan käyttöön (tai depo-medroksiprogesteroniin). Molemmissa nuorten ryhmissä GnRH-analogien käyttö on ensisijainen hoitomuoto (Hembree et al., 2009), mutta korkea hinta estää joissain tapauksissa niiden käyttämisen.

Kun puberteettia jarrutetaan hormoneilla, nuorten fyysistä kehitystä tulisi seurata tarkasti, ja tämän tulisi olla ensisijaisesti lasten endokrinologin tehtävä. Tällöin voidaan tarvittaessa ryhtyä asianmukaisiin toimenpiteisiin (esimerkiksi riittävän sukupuolen mukaisen pituuden määrittämiseksi tai iatrogeenisen luun alhaisen mineraalitiheyden parantamiseksi) (Hembree et al., 2009).

Puberteettia jarruttavien hormonien varhainen käyttö voi ehkäistä sukupuolidysforian kielteiset sosiaaliset ja emotionaaliset vaikutukset tehokkaammin kuin niiden myöhempi käyttö. Varhaisnuoren hoito tulisi mahdollisuuksien mukaan suorittaa lasten endokrinologin valvonnassa. Nuorille, joilla on miehen sukuelimet ja joiden GnRH-analogihoito alkaa jo varhaisessa puberteetissa, tulisi kertoa, että hoidon vuoksi peniksen kudosta ei välttämättä ole riittävästi vaginoplastiamenettelmää varten (käytettävissä on myös vaihtoehtoisia menetelmiä, kuten ihosiirteen tai koolonin [paksusuolen keskimmäinen osa] kudoksen käyttäminen).

Puberteetin jarruttaminen tai sen salliminen eivät kummatkaan ole neutraaleja tekoja. Toisaalta toimiminen myöhemmin elämässä voi olla vaikeaa, koska puberteetin aikana toissijaiset sukupuolitunnusmerkit kehittyvät peruuttamattomasti ja koska tällöin henkilö on jo vuosia kokenut intensiivistä sukupuolidysforiaa. Toisaalta GnRH-analogien käytöllä saattaa olla kielteisiä fyysisiä sivuvaikutuksia (esimerkiksi luiden kehitykseen ja pituuteen). Vaikka en-

simmäiset tämän lähestymistavan tulokset ovatkin lupaavia (10 vuoden seurantaan osallistuneilla nuorilla) (Cohen-Kettenis et al., 2011; Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006), pitkäaikaisvaikutukset voidaan määrittää vasta, kun varhain hoidetut potilaat saavuttavat asianmukaisen iän.

Osittain peruttavissa olevat toimenpiteet

Tapauskohtaisesti nuoret voivat aloittaa feminisoivan tai maskulinisoivan hormonihoidon mieluiten vanhempien suostumuksella. Useissa maissa 16-vuotiaat saavat laillisesti hyväksyä lääketieteellisen toimenpiteen ilman vanhempien suostumusta. Ihannetapauksessa päätökset tulisi tehdä nuoren, hänen perheensä ja hoitotiimin keskuudessa.

Sukupuolidysforiaa kokevien nuorten hormonihoidto-ohjelmat ovat hyvin erilaisia kuin aikuisten vastaavat (Hembree et al., 2009). Nuorten hormonihoidto-ohjelmissa otetaan huomioon nuoruuden aikana tapahtuva somaattinen, emotionaalinen ja henkinen kehitys (Hembree et al., 2009).

Peruuttamattomat toimenpiteet

Sukuelinten leikkausta ei tulisi suorittaa, ennen kuin (i) potilas on saavuttanut iän, jossa kyseisen maan lainsäädännön mukaan voi antaa suostumuksen lääketieteellisiin menettelyihin ja (ii) potilas on elänyt vähintään 12 kuukautta sukupuoliroolissa, joka vastaa hänen sukupuoli-identiteettiään. Ikäkynnys tulisi nähdä minimiehtona eikä itsessään syynä ryhtyä aktiivisiin toimenpiteisiin.

FTM-potilaan rintaleikkaus voidaan suorittaa aiemmin, mieluummin silloin, kun potilas on elänyt haluamassaan sukupuoliroolissa jo pidempään ja saanut testosteronihoitoa yhden vuoden. Tämän ehdotetun prosessin tarkoituksena on antaa nuorille riittävästi mahdollisuuksia kokeilla maskuliinisempaa sukupuoliroolia ja sopeutua siihen ennen peruuttamatonta leikkausta. Toisenlaiset lähestymistavat voivat kuitenkin olla sopivampia nuoren erityistilanteen ja sukupuoli-identiteetin ilmaisuun liittyvien tavoitteiden perusteella.

Nuorten lääketieteellisten hoitojen estämisen riskit

Kieltäytyminen oikea-aikaisten hoitotoimenpiteiden antamisesta nuorelle saattaa pitkittää sukupuolidysforiaa ja edistää sellaisen ulkomuodon kehittymistä, joka voi aiheuttaa kaltoinkohtelua ja leimautumista. Koska sukupuoleen liittyvien väärinkäytösten määrä on vahvasti sidoksissa psykiatrisen ahdistuksen määrään nuoruudessa (Nuttbrock et al., 2010), kieltäytyminen puberteetin jarrutushoidon ja sen jälkeen feminisoivan tai maskulinisoivan hormonihoidon antamisesta ei ole nuoren kannalta neutraali vaihtoehto.

VII. MIELENTERVEYS

Transsukupuoliset, muunsukupuoliset ja kokemukseltaan tai ilmaisultaan sukupuolinormeista erottuvat ihmiset saattavat hakea apua mielenterveysalan ammattilaiselta useista eri syistä. Olipa syy mikä tahansa, mielenterveysalan ammattilaisen tulisi olla perehtynyt sukupuolen moninaisuuteen, toimia asianmukaisella kulttuurisella kompetenssilla ja tarjota hoitoa sensitiivisesti.

Tässä hoitosuosituksen luvussa keskitytään mielenterveysalan ammattilaisen rooliin, kun aikuinen potilas hakee apua sukupuolidysforiaan ja siihen liittyviin ongelmiin. Sukupuolidysforiaa kokevien lasten, nuorten ja heidän perheidensä kanssa työskentelevien mielenterveysalan ammattilaisten tulisi tutustua lukuun VI.

Sukupuolidysforiaa kokevien aikuisten parissa työskentelevien mielenterveysalan ammattilaisten pätevyys

Sukupuolidysforiaa kokevien aikuisten parissa työskentelevien mielenterveysalan ammattilaisten kouluttaminen perustuu yleiseen kliiniseen osaamiseen mielenterveysongelmien arvioinnissa, diagnosoinnissa ja hoidossa. Kliininen koulutus voi koskea mitä tahansa osa-aluetta, joka valmistaa mielenterveysalan ammattilaisia kliiniseen toimintaan. Osa-alueita voivat olla psykologia, psykiatria, sosiaalityö, mielenterveysneuvonta, pari- ja perheterapia, hoitotyö tai perhelääketiede, joka sisältää erityiskoulutusta käyttäytymiseen liittyvästä terveydentilasta ja neuvonnasta. Seuraavassa esitellään suositellut vähimmäispätevyysedellytykset mielenterveysalan ammattilaisille, jotka työskentelevät sukupuolidysforiaansa apua hakevien aikuisten kanssa:

1. Maisterin tutkinto tai vastaava kliinisen käyttäytymistieteen alalla. Kyseinen tutkinto tai sitä korkeampi tutkinto tulisi olla oppilaitoksesta, joka on asianmukaisen kansallisen tai alueellisen akkreditointielimen hyväksymä. Mielenterveysalan ammattilaisilla tulisi olla dokumentoitu pätevyystodistus oman maansa ammattioikeuksista vastaavalta viranomaiselta.
2. Kyky käyttää *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*- ja *International Classification of Diseases (ICD)* -järjestelmiä diagnostiin tarkoituksiin.
3. Kyky tunnistaa ja diagnosoida potilaan muita mielenterveysongelmia ja erottaa ne sukupuolidysforiasta.
4. Dokumentoitu ja valvottu koulutus ja osaaminen psykoterapian tai neuvonnan alalla.
5. Asiantuntemus kokemukseltaan tai ilmaisultaan epänormatiivisista identiteeteistä ja sukupuolen ilmaisutavoista sekä sukupuolidysforian arvioinnista ja hoidosta.
6. Jatkuva täydennyskouluttautuminen sukupuolidysforian arvioinnissa ja hoidossa. Tähän voi kuulua ammattilaisten tapaamisia, työpajoja tai seminaareja, valvonnan

hankkimista kokeneelta mielenterveysalan ammattilaiselta tai osallistumista tutkimustyöhön sukupuolinormeista erottuvan kokemuksen tai ilmaisuuden sekä sukupuolidysforian saralla.

Edellä mainittujen vähimmäisedellytysten lisäksi on suositeltavaa, että mielenterveysalan ammattilainen kehittää ja ylläpitää kulttuurista kompetenssia helpottaakseen työtään transsukupuolisten, muunsukupuolisten ja sukupuolen kokemukseltaan tai ilmaisultaan sukupuolinormeista erottuvien asiakkaiden parissa. Tämä saattaa sisältää esimerkiksi perehtymistä nykyiseen yhteisöön, oikeuksien ajamiseen ja yhteiskuntapoliittisiin kysymyksiin, jotka ovat tärkeitä asiakkaille ja heidän perheilleen. Lisäksi ammattilaisella olisi hyvä olla tietämystä seksuaalisuudesta, seksuaaliterveyden ongelmista ja seksuaalisten häiriöiden arvioinnista ja hoitamisesta.

Vasta alalle tulleiden mielenterveysalan ammattilaisten (koulutustasosta ja muusta kokemuksesta riippumatta) tulisi työskennellä sukupuolidysforian arviointiin ja hoitoon pätevöityneen mielenterveysalan ammattilaisen valvonnassa.

Sukupuolidysforiaa kokevien aikuisten parissa työskentelevien mielenterveysalan ammattilaisten tehtävät

Mielenterveysalan ammattilaiset voivat toimia transsukupuolisten, muunsukupuolisten ja kokemukseltaan tai ilmaisultaan sukupuolinormeista erottuvien asiakkaiden sekä näiden perheiden parissa monin eri tavoin ja tarpeiden mukaan. He voivat toimia esimerkiksi psykoterapeutteina, neuvonantajina, perheterapeutteina, diagnostikkoina/arvioijina, oikeuksien puolestapuhujina tai kouluttajina.

Mielenterveysalan ammattilaisen tulisi määritellä syyt, joiden vuoksi asiakas hakee ammattiapua. Asiakas voi esimerkiksi toivoa saavansa joitakin seuraavista terveydenhoitopalveluita: psykoterapeuttinen apu, jotta asiakas voi tutkia sukupuoli-identiteettiään ja sukupuolen ilmaisuaan tai helpottaa ulostuloon liittyvää prosessia; arviointi ja lähettäminen feminisoiiviin tai maskulinisoiiviin toimenpiteisiin; psykologinen tuki perheenjäsenille (puolisoille, lapsille, sukulaisille); sukupuoliongelmiin liittymätön psykoterapia sekä muut ammatinpalvelut.

Seuraavassa käydään läpi sukupuolidysforiaa kokevien aikuisten parissa työskentelevien mielenterveysalan ammattilaisten tavallisiin tehtäviin liittyviä yleisohjeita.

Arviointiin ja lähettämiseen liittyvät tehtävät

1. Sukupuolidysforian arviointi

Mielenterveysalan ammattilaiset arvioivat asiakkaiden sukupuolidysforiaa heidän psykososiaalisen sopeutumisensa arvioinnin yhteydessä (Bockting et al., 2006; Lev, 2004, 2009). Arviointi sisältää vähintään sukupuoli-identiteetin, sukupuolidysforian sekä sukupuolta koske-

vien ristiriitaisten tunteiden historian ja kehityksen arvioinnin, sukupuolinormeista erottuviin kokemuksiin tai ilmaisuun liittyvän häpeän mielenterveysvaikutuksen arvioinnin sekä perheen, ystävien ja vertaisten tuen (esimerkiksi kasvokkain tai verkossa tapahtuva vuorovaikutus muiden transsukupuolisten, muunsukupuolisten ja kokemukseltaan tai ilmaisultaan sukupuolinormeista erottuvien yksilöiden tai ryhmien kanssa) saatavuuden arvioinnin. Arviointi saattaa johtaa diagnoosin eväämiseen, muodolliseen sukupuolidysforiadiagnoosiin ja/tai muihin diagnooseihin, jotka kuvaavat asiakkaan terveyttä ja psykososiaalista sopeutumista. Mielenterveysalan ammattilaisten rooliin sisältyy sen kohtuullinen varmistaminen, että sukupuolidysforia ei ole toissijainen tai kuulu pikemminkin toisen diagnoosin piiriin.

Edellä mainitut pätevyudet hankkineiden mielenterveysalan ammattilaisten (jäljempänä ”pätevät mielenterveysalan ammattilaiset”) pystyvät parhaiten arvioimaan sukupuolidysforiaa. Tämän tehtävän voi kuitenkin suorittaa myös toisentyyppinen mielenterveysalan ammattilainen, jolla on asianmukaista koulutusta käyttäytymiseen liittyvästä terveydestä ja joka on pätevä arvioimaan sukupuolidysforiaa erityisesti osana monialaista erityistiimiä, joka tarjoaa pääsyn feminisoivaan tai maskulinisoivaan hormonihoidon. Tämä ammattilainen voi olla hormonihoidon määräävä lääkäri tai hänen tiimensä jäsen.

2. Tiedon tarjoaminen sukupuoli-identiteettiä ja sukupuolen ilmaisua sekä mahdollisia lääketieteellisiä toimenpiteitä koskevista vaihtoehdoista

Yksi mielenterveysalan ammattilaisten tärkeistä tehtävistä on kertoa asiakkaille sukupuoli-identiteettien ja sukupuolen ilmaisun moninaisuudesta sekä erilaisista vaihtoehdoista, joilla sukupuolidysforiaa voi lievittää. Mielenterveysalan ammattilaiset voivat ohjata prosessia (tai lähettää asiakkaan muualle hoitoon), jonka aikana asiakkaat voivat tarkastella näitä monilukuisia vaihtoehtoja tavoitteenaan löytää sopiva sukupuolirooli ja sukupuolen ilmaisutapa ja valmistautua tarvittaessa tekemään tietoon perustuva päätös saatavilla olevista lääketieteellisistä toimenpiteistä. Tähän prosessiin saattaa sisältyä lähettäminen yksilö-, perhe- tai ryhmäterapiaan ja/tai yhteisön resurssien tai vertaistuen pariin. Ammattilainen ja asiakas keskustelvat sekä lyhyen että pitkän aikavälin vaikutuksista, joita sukupuoliroolin muutokset ja lääketieteelliset toimenpiteet aiheuttavat. Vaikutukset voivat olla psykologisia, sosiaalisia, fyysisiä, seksuaalisia, työhön liittyviä, taloudellisia ja juridisia (Bockting et al., 2006; Lev, 2004).

Tämänkin tehtävän hoitaa parhaiten pätevä mielenterveysalan ammattilainen, mutta sen voi kuitenkin hoitaa myös toinen terveydenhoidon ammattilainen, jolla on asianmukaista koulutusta käyttäytymiseen liittyvästä terveydestä ja riittävästi tietämystä kokemukseltaan tai ilmaisultaan sukupuolinormeista erottuvista identiteeteistä ja ilmaisutavoista sekä mahdollisista sukupuolidysforiaan liittyvistä lääketieteellisistä toimenpiteistä erityisesti osana monialaista erityistiimiä, joka tarjoaa pääsyn feminisoivaan tai maskulinisoivaan hormonihoidon.

3. Samanaikaisesti esiintyvien mielenterveysongelmien arviointi, diagnosointi ja hoitovaihtoehdoista keskustelu

Sukupuolidysforiaan apua hakevat asiakkaat saattavat kamppailla myös muiden mielenterveysongelmien kanssa (Gómez-Gil, Trilla, Salamero, Godás & Valdés, 2009; Murad et al.,

2010), jotka saattavat liittyä pitkäaikaiseen kokemukseen sukupuolidysforiasta ja/tai vähemmistöstressistä. Mahdollisia ongelmia ovat esimerkiksi ahdistus, masennus, itsensä vahingoittaminen, kokemukset väärinkäytöksistä ja laiminlyönneistä, pakko-oireet, päihteiden käyttö, seksuaaliset ongelmat, persoonallisuushäiriöt, syömishäiriöt, psykoottiset häiriöt ja autismitietäjien häiriöt (Bockting et al., 2006; Nuttbrock et al., 2010; Robinow, 2009). Mielenterveysalan ammattilaisen tulisi tarkistaa, onko potilaalla näitä tai muita mielenterveysongelmia, ja sisällyttää tunnistetut ongelmat kokonaisuhoitosuunnitelmaan. Ongelmat saattavat aiheuttaa suurta ahdistusta ja hoitamattomina monimutkaistaa sukupuoli-identiteetin tutkimusprosessia ja sukupuolidysforian lievittämistä (Bockting et al., 2006; Fraser, 2009a; Lev, 2009). Näiden ongelmien tunnistaminen voi helpottaa suuresti sukupuolidysforian lievittämistä, mahdollisia sukupuoliroolin muutoksia ja tietoon perustuvaa päätöstä lääketieteellisistä toimenpiteistä. Samalla elämänlaatu saattaa parantua.

Jotkut asiakkaat saattavat hyötyä psykenlääkkeistä, jotka lievittävät samanaikaisesti esiintyvien mielenterveysongelmien oireita ja auttavat niiden hoidossa. Mielenterveysalan ammattilaisen oletetaan tunnistavan tämän ja joko tarjoavan lääkehoitoa tai ohjaavan potilaan kollegalle, joka on pätevä määräämään lääkehoitoa. Samanaikaisesti esiintyvät mielenterveysongelmat eivät välttämättä estä mahdollisia sukupuoliroolin muutoksia tai pääsyä feminisoivaan tai maskulinisoivaan hormonihoidon tai leikkaukseen. Nämä ongelmat tulisi kuitenkin hoitaa ennen sukupuolidysforian hoitamista tai samaan aikaan sen kanssa. Lisäksi tulisi arvioida, kykeneekö asiakas antamaan perustellun ja tietoisesti suostumuksen lääketieteellisiä toimenpiteitä varten.

Pätevät mielenterveysalan ammattilaiset on nimenomaisesti koulutettu arvioimaan, diagnosoimaan ja hoitamaan näitä samanaikaisesti esiintyviä mielenterveysongelmia (tai lähettämään potilaat muualle hoitoon). Myös muut terveydenhoidon ammattilaiset, joilla on asianmukaista koulutusta käyttäytymiseen liittyvästä terveydestä erityisesti osana monialaista erityistiimiä, joka tarjoaa pääsyn feminisoivaan tai maskulinisoivaan hormonihoidon, voivat seuloa mielenterveysongelmia ja niiden löytyessä antaa lähetteen pätevän mielenterveysalan ammattilaisen kattavaan arviointiin ja hoitoon.

4. Kelpoisuus on mahdollisuuksien mukaan arvioitava ja potilas on valmisteltava ja lähetettävä hormonihoidon

Hoitosuosituksissa esitellään edellytykset, joiden perusteella tehdään feminisoivaan tai maskulinisoivaan hormonihoidon liittyvät päätökset (katso luku VIII ja liite C). Mielenterveysalan ammattilainen voi auttaa hormonihoidon harkitsevaa asiakasta valmistautumaan sekä henkisesti (eli asiakas on esimerkiksi tehnyt tietoon perustuvan päätöksen selvin ja realistisin odotuksin, on valmiina saamaan kokonaisuhoitosuunnitelman mukaista hoitoa ja on ottanut soveltuvin osin mukaan sekä perheensä että yhteisönsä) että käytännössä (lääkäri on esimerkiksi arvioinut hormonien käytön lääketieteellisiä vasta-aiheita ja asiakas on ottanut huomioon niiden psykososiaaliset vaikutukset). Jos asiakas on hedelmällisessä iässä, lisääntymismahdollisuudet (luku IX) on tutkittava ennen hormonihoidon aloittamista.

On tärkeää, että mielenterveysalan ammattilainen ymmärtää, että hormonihoidot koskevat päätökset ovat ennen kaikkea asiakkaan käsissä – kaikkien muidenkin terveydenhoitopäätös-

ten tapaan. Mielenterveysalan ammattilaisella on kuitenkin vastuu rohkaista, ohjata ja auttaa asiakasta tekemään tietoon perustuvia päätöksiä ja valmistautumaan asianmukaisesti. Mielenterveysalan ammattilainen voi parhaiten tukea päätöksentekoa, kun suhde asiakkaaseen on toimiva ja hänellä on riittävästi tietoa asiakkaastaan. Asiakkaan tulisi saada nopea ja tarkka arviointi, jonka tarkoituksena on lievittää sukupuolidysforiaa ja tarjota asianmukaisia lääketieteellisiä palveluita.

Lähte feminisoivaan tai maskulinisoivaan hormonihoitoon

Ihmiset voivat kääntyä usean eri alan asiantuntijoiden puoleen harkitessaan feminisoivaa tai maskulinisoivaa hormonihoitoa. Transihmisten terveydenhoito on kuitenkin monialaista, ja onkin suositeltavaa, että asiakkaan hoitoa ja yleisen hoitotiimin sisällä tehtäviä läheteitä koordinoitaisiin.

Hormonihoito voidaan aloittaa, kun potilas on saanut lähetteen pätevältä mielenterveysalan ammattilaiselta. Vaihtoehtoisesti mielenterveysalan ammattilainen, jolla on asianmukaista koulutusta käyttäytymiseen liittyvästä terveydestä ja joka on pätevä arvioimaan sukupuolidysforiaa, voi arvioida potilaan kelpoisuuden ja valmistella ja lähettää tämän hormonihoitoon. Tämä pätee erityisesti siinä tapauksessa, että potilaalla ei ole merkittäviä samanaikaisesti esiintyviä mielenterveysongelmia ja kun mukana on monialainen erityistiimi. Lähetteen tekemisen terveydenhoidon ammattilaisen tulisi toimittaa tiedot potilaan henkilö- ja hoitohistoriasta, edistymisestä ja kelpoisuudesta osana potilaskertomusta ja/tai lähetettä. Hormonihoitoa suositteleva terveydenhoidon ammattilainen jakaa eettisen ja juridisen vastuun päätöksestä palvelun tarjoavan lääkärin kanssa.

Feminisoivaa tai maskulinisoivaa hormonihoitoa koskevan lähetteen suositeltava sisältö on seuraava:

1. asiakkaan yleiset tunnusominaisuudet
2. asiakkaan psykososiaalisen arvioinnin tulokset ja mahdolliset diagnoosit
3. lähetteen tehneen terveydenhoidon ammattilaisen ja asiakkaan välisen hoitosuhteen kesto, arvioinnin tyyppi sekä tähän mennessä annettu hoito ja neuvonta
4. selvitys hormonihoitoon edellytysten täyttymisestä ja lyhyt kuvaus kliinisistä perusteista asiakkaan hormonihoitoa koskevan hakemuksen tukemiseksi
5. lausunto potilaalta saadusta tietoisesta suostumuksesta
6. lausunto siitä, että lähetteen tehnyt terveydenhoidon ammattilainen on käytettävissä hoidon koordinointiin ja voi sopia siitä puhelimitse.

Lähte ei välttämättä ole tarpeen monialaisen erityistiimin sisällä: arvioinnit ja suositukset voidaan kirjata pikemminkin potilaskertomukseen.

5. Kelpoisuus on mahdollisuuksien mukaan arvioitava, potilas on valmistettava ja lähetettävä leikkaukseen

Hoitosuosituksissa esitellään myös edellytykset, joiden perusteella tehdään rintaleikkauksiin ja sukuelinten leikkauksiin liittyvät päätökset (katso luku XI ja liite C). Mielenterveysalan ammattilainen voi auttaa leikkaushoitoa harkitsevaa asiakasta valmistautumaan sekä henkisesti (eli asiakas on esimerkiksi tehnyt tietoon perustuvan päätöksen selvin ja realistisin odotuksin, on valmiina saamaan kokonaishoitosuunnitelman mukaista hoitoa ja on ottanut soveltuvien osien mukaan sekä perheensä että yhteisönsä) että käytännössä (asiakas on esimerkiksi tehnyt tietoon perustuvan päätöksen leikkauksen suorittavasta kirurgista ja järjestänyt jälkihoidon). Jos asiakas on hedelmällisessä iässä, lisääntymismahdollisuudet (luku IX) on tutkittava ennen sukuelinten leikkauksen aloittamista.

Hoitosuosituksissa ei määritellä edellytyksiä muille leikkaustoimenpiteille, kuten feminisoivalle tai maskulinisoivalle kasvokirurgialle. Mielenterveysalan ammattilaisilla voi kuitenkin olla merkittävä rooli, kun he auttavat asiakkaitaan tekemään tietoon perustuvia päätöksiä kyseisten leikkausten ajoituksesta ja niiden vaikutuksista sukupuoli-identiteetin julkistamiseen liittyvään kokonaisprosessiin tai siirtymävaiheeseen.

On tärkeää, että mielenterveysalan ammattilainen ymmärtää, että leikkaushoitoja koskevat päätökset ovat ennen kaikkea asiakkaan käsissä – kaikkien muidenkin terveydenhoitopäätösten tapaan. Mielenterveysalan ammattilaisella on kuitenkin vastuu rohkaista, ohjata ja auttaa asiakasta tekemään tietoon perustuvia päätöksiä ja valmistautumaan asianmukaisesti. Mielenterveysalan ammattilainen voi parhaiten tukea päätöksentekoa, kun suhde asiakkaaseen on toimiva ja hänellä on riittävästi tietoa asiakkaastaan. Asiakkaan tulisi saada nopea ja tarkka arviointi, jonka tarkoituksena on lievittää sukupuolidysforiaa ja tarjota asianmukaisia lääketieteellisiä palveluita.

Lähetä leikkaukseen

Sukupuolidysforiaa lievittävät leikkaushoidot voidaan aloittaa pätevän mielenterveysalan ammattilaisen läheteellä (yhdeällä tai kahdella, leikkaustyyppistä riippuen). Mielenterveysalan ammattilaisen tulisi toimittaa tiedot potilaan henkilö- ja hoitohistoriasta, edistymisestä ja kelpoisuudesta osana potilaskertomusta ja/tai lähetettä. Leikkaushoitoa suositteleva mielenterveysalan ammattilainen jakaa eettisen ja juridisen vastuun päätöksestä kirurgin kanssa.

- Rintaleikkausta (esimerkiksi rintojen poistoa, rintojen korjaamista tai rintoja suurentavaa mammoplastiaa) varten pätevältä mielenterveysalan ammattilaiselta tarvitaan yksi lähete.
- Sukuelinten leikkausta (esimerkiksi kohdunpoistoa, munanjohdinten ja munasarjojen poistoa, kivesten poistoa ja sukuelinten rekonstruktioleikkauksia) varten kahdelta pätevältä, itsenäisesti potilasta arvioineelta mielenterveysalan ammattilaiselta tarvitaan kummaltakin yksi lähete. Jos ensimmäinen lähete on potilaan psykoterapeutilta, toisen lähete tulee olla henkilöltä, jolla on ollut vain arvioiva rooli potilaan kanssa.

Lähetteet voidaan lähettää kahtena erillisenä kappaleena tai yhtenä kappaleena, jonka molemmat (esimerkiksi samalla klinikalla toimivat) ammattilaiset ovat allekirjoittaneet. Kummankin lähetteen pitää kuitenkin kattaa samat aiheet jäljempänä mainituilta alueilta.

- Kohdunpoistoa, munanjohdinten ja munasarjojen poistoa sekä kivesten poistoa varten ei tarvita lähetettä, jos niiden suorittamisen syy ei liity sukupuolidysforiaan tai jos ne suoritetaan jonkin muun diagnoosin vuoksi.

Leikkausta koskevan lähetteen suositeltava sisältö on seuraava:

1. asiakkaan yleiset tunnusominaisuudet
2. asiakkaan psykososiaalisen arvioinnin tulokset ja mahdolliset diagnoosit
3. mielenterveysalan ammattilaisen ja asiakkaan välisen hoitosuhteen kesto, arvioinnin tyyppi sekä tähän mennessä annettu hoito ja neuvonta
4. selvitys leikkaushoidon edellytysten täyttymisestä ja lyhyt kuvaus kliinisistä perusteista potilaan leikkausta koskevan hakemuksen tukemiseksi
5. lausunto potilaalta saadusta tietoisesta suostumuksesta
6. lausunto siitä, että mielenterveysalan ammattilainen on käytettävissä hoidon koordinointiin ja voi sopia siitä puhelimitse.

Lähete ei välttämättä ole tarpeen monialaisen erityistiimin sisällä: arvioinnit ja suositukset voidaan kirjata pikemminkin potilaskertomukseen.

Mielenterveysalan ammattilaisten suhde hormoneja määrääviin lääkäreihin, kirurgeihin ja muihin terveydenhoidon ammattilaisiin

Ihannetapauksessa mielenterveysalan ammattilainen keskusteleee aika ajoin edistymisestä muiden sukupuolidysforiaa arvioimaan ja hoitamaan pätevöityneiden (sekä mielenterveysalan että muiden alojen) ammattilaisten kanssa ja hakee heiltä vertaistukea. Asiakkaan hoitoon osallistuvien ammattilaisten tulisi tehdä yhteistyötä keskenään ja koordinoida ja keskustella kliinisistä asioista tarpeen mukaan. Avoin ja jatkuva viestintä saattaa olla tarpeen konsultointia, lähetteitä ja leikkauksenjälkeisten ongelmien hoitamista varten.

Psykoterapiaan liittyvät tehtävät

Psykoterapia ei ole ehdoton edellytys hormonihoidolle ja leikkaukselle

Edellä mainitun kaltainen mielenterveyden seulonta ja/tai arviointi on tarpeen, jotta sukupuolidysforian hoitamiseksi voidaan tehdä lähete hormoni- tai leikkaushoitoon. Sen sijaan psykoterapia ei ole lähetteen edellytyksenä, vaikka se onkin hyvin suositeltavaa.

Hoitosuosituksissa ei mainita hormoni- tai leikkaushoitoa edeltävien psykoterapiaistuntojen vähimmäismäärää. Syyt tähän ovat moninaisia (Lev, 2009). Ensinnäkin istuntojen vähimmäismäärä usein tulkitaan esteeksi, mikä haittaa todellista mahdollisuutta henkilökohtaiseen kasvuun. Toiseksi mielenterveysalan ammattilaiset voivat tarjota tärkeää tukea asiakkaille sukupuoli-identiteetin, sukupuolen ilmaisun ja mahdollisen siirtymisen kaikkien vaiheiden läpi – eivät ainoastaan ennen mahdollista lääketieteellistä toimenpidettä. Kolmanneksi asiakkaat ja heidän psykoterapeuttinsa poikkeavat kyvyiltään saavuttaa samankaltaiset tavoitteet tietyssä ajassa.

Sukupuoliongelmia kokevien aikuisten psykoterapian tavoitteet

Psykoterapian keskeinen tavoite on löytää tapoja parantaa yksilön psyykkistä kokonaisuhyvinvointia, elämänlaatua ja itsensä toteuttamista. Psykoterapian tarkoitus ei ole muuttaa henkilön sukupuoli-identiteettiä, vaan pikemminkin auttaa yksilöä tutkimaan sukupuoliongelmia ja löytämään tapoja lievittää mahdollista sukupuolidysforiaa (Bockting et al., 2006; Bockting & Coleman, 2007; Fraser, 2009a; Lev, 2004). Tyypillisesti kattavana hoitotavoitteena on auttaa transsukupuolisia, muunsukupuolisia ja kokemukseltaan tai ilmaisultaan sukupuoli-normeista erottuvia yksilöitä saavuttamaan pitkäaikainen hyvinvointi sukupuoli-identiteettinsä ilmaisussa ja realistiset mahdollisuudet onnistua suhteissaan, koulutuksessaan ja työssään. Lisätietoja on Fraserin julkaisussa (Fraser, 2009c).

Hoito voi koostua yksilö-, pari-, perhe- tai ryhmäpsykoterapiasta, joista viimeinen on erityisen tärkeä vertaistuen edistämiseksi.

Transsukupuolisille, muunsukupuolisille ja kokemukseltaan tai ilmaisultaan sukupuoli-normeista erottuville asiakkaille tarkoitettu psykoterapia ja sukupuoliroolin muutoksia koskeva neuvonta ja kyseisten muutosten tukeminen

Sopivan sukupuoliroolin löytäminen on pääasiassa psykososiaalinen prosessi. Psykoterapia voi olla korvaamaton apu transsukupuolisille, muunsukupuolisille ja kokemukseltaan tai ilmaisultaan sukupuolinormeista erottuville henkilöille: se i) selkeyttää sukupuoli-identiteettiä ja -roolia ja auttaa tutkimaan niitä, ii) käsittelee leimautumisen ja vähemmistöstressin vaikutusta mielenterveyteen ja inhimilliseen kehitykseen ja (iii) helpottaa sukupuoli-identiteetin julkistamisprosessia (Bockting & Coleman, 2007; Devor, 2004; Lev, 2004), johon voi joillakin henkilöillä sisältyä muutoksia sukupuoliroolien ilmaisussa sekä femini-soivia tai maskulinisoivia lääketieteellisiä toimenpiteitä.

Mielenterveysalan ammattilaiset voivat tukea potilaita ja heidän perheitään sekä voimistaa heidän ihmissuhdetaitojaan ja selviytymiskykyään, kun he etsivät tietään maailmassa, joka ei useinkaan ole valmistautunut ottamaan vastaan transsukupuolisia, muunsukupuolisia tai kokemukseltaan tai ilmaisultaan sukupuolinormeista erottuvia henkilöitä ja kunnioittamaan heitä. Psykoterapia voi myös auttaa lievittämään mahdollisia samanaikaisesti esiintyviä mie-

lenterveysongelmia (esimerkiksi ahdistusta ja masennusta), jotka on tunnistettu seulonnan ja arvioinnin aikana.

Mielenterveysalan ammattilaiset voivat auttaa laatimaan henkilökohtaisia suunnitelmia tarkkoine tavoitteineen ja aikatauluineen sellaisille transsukupuolisille, muunsukupuolisille ja kokemukseltaan tai ilmaisultaan sukupuolinormeista erottuville henkilöille, jotka aikovat muuttaa sukupuolirooliaan pysyvästi ja siirtyä sosiaalisesti toiseen sukupuolirooliin. Vaikka sukupuoliroolin muuttamisen kokemus on jokaisella erilainen, sosiaaliset seikat ovat yleensä haastavampia kuin fyysiset. Koska sukupuoliroolin muuttamisella voi olla perustavanlaatuisia henkilökohtaisia ja sosiaalisia seurauksia, päätös roolin muuttamisesta olisi tehtävä tietoisena siitä, millaisia perhe-elämään, ihmissuhteisiin, koulutukseen, työelämään sekä taloudellisiin ja oikeudellisiin seikkoihin liittyviä haasteita on odotettavissa. Tällä tavoin uudessa sukupuoliroolissa eläminen voi onnistua.

Monet transsukupuoliset, muunsukupuoliset ja kokemukseltaan tai ilmaisultaan sukupuolinormeista erottuvat henkilöt hakeutuvat hoitoon, vaikkei heitä ole koskaan yhdistetty tai hyväksytty siihen sukupuolirooliin, joka sopii parhaiten heidän sukupuoli-identiteettiinsä. Mielenterveysalan ammattilaiset voivat auttaa näitä asiakkaita tutkimaan ja ennustamaan sukupuoliroolin muutosten vaikutuksia ja tahdittamaan näiden muutosten toteuttamista. Psykoterapiassa asiakkaat pääsevät kokeilemaan itsensä ilmaisemista omaan sukupuoli-identiteettiinsä sopivilla tavoilla. Joitakin asiakkaita psykoterapia auttaa voittamaan pelot, joita he kokevat sukupuolen ilmaisun muuttamista kohtaan. Lisäksi terapian ulkopuolella voidaan ottaa harkittuja riskejä, joiden avulla voidaan saada lisää kokemusta ja vahvistaa itseluottamusta uudessa roolissa. Apua on tarjolla myös totuuden kertomiseen perheelle ja yhteisölle (ystävälle, kouluun tai työpaikalle).

Toiset transsukupuoliset, muunsukupuoliset ja kokemukseltaan tai ilmaisultaan sukupuolinormeista erottuvat henkilöt hakeutuvat hoitoon vasta siinä vaiheessa, kun heillä on jo (vähäistä, kohtalaista tai merkittävää) kokemusta elämisestä sukupuoliroolissa, joka poikkeaa heille syntymässä määritellystä sukupuolesta. Mielenterveysalan ammattilaiset voivat auttaa näitä asiakkaita tunnistamaan ja käsittelemään mahdollisia haasteita sekä tukea heidän optimaalista sopeutumistaan, kun he jatkavat muutosten tekemistä sukupuolirooliinsa.

Perheterapia tai perheenjäsenille suunnattu tuki

Sukupuoliroolin muutoksia ja sukupuolidysforian hoitoon tarkoitettuja lääketieteellisiä toimenpiteitä koskevat päätökset eivät vaikuta ainoastaan asiakkaisiin vaan myös heidän perheisiinsä (Emerson & Rosenfeld, 1996; Fraser, 2009a; Lev, 2004). Mielenterveysalan ammattilaiset voivat auttaa asiakkaita tekemään harkittuja päätöksiä siitä, miten sukupuoli-identiteetistä ja hoitopäätöksistä kannattaa kertoa perheenjäsenille ja muille läheisille. Perheterapiaan saatetaan ottaa mukaan myös puolisoita tai kumppaneita, lapsia tai muita sukulaisia.

Asiakkaat saattavat pyytää apua myös suhteisiinsa ja seksuaaliterveyteensä. He saattavat haluta esimerkiksi käsitellä seksuaalisuuteen ja sukupuolisuhteisiin liittyviä ongelmia.

Perheterapiaa voidaan tarjota osana asiakkaan yksilöterapiaa, ja terapeutti voi olla molemmissa sama, jos se on hoidon kannalta tarkoituksenmukaista. Vaihtoehtoisesti voidaan antaa lähete toiselle terapeutille, jolla on kokemusta perheenjäsenten kanssa työskentelystä, tai ohjata potilas vertaistuen pariin (esimerkiksi kumppaneita ja perheitä kasvotusten tai verkossa auttaviin vertaistukiryhmiin).

Koko elämän kestävä seurantaohito

Mielenterveysalan ammattilaiset voivat työskennellä asiakkaiden ja näiden perheiden kanssa useissa elämänvaiheissa. Psykoterapia voi olla hyödyllistä eri aikoina ja erilaisissa tilanteissa koko elämän ajan.

Nettiterapia ja verkkoneuvonta

Etä- eli verkkoterapia on osoittautunut erittäin tehokkaaksi henkilöille, joilla on vaikeuksia päästä pätevään henkilökohtaiseen psykoterapeuttiseen hoitoon ja jotka saattavat kokea eristyneisyyttä ja leimautumista (Derrig-Palumbo & Zeine, 2005; Fenichel et al., 2004; Fraser, 2009b). Yleensä ottaen nettiterapia voi olla hyödyllinen psykoterapiamuoto transsukupuolisille, muunsukupuolisille ja kokemukseltaan tai ilmaisultaan sukupuolinormeista erottuville ihmisille. Nettiterapian avulla potilaita voidaan palvella entistä paremmin, kattavammin, luovemmin ja yksilöllisemmin, mutta kehittyvänä palvelumuotona siihen saattaa kuitenkin liittyä myös omat riskinsä. Telelääketieteen suuntaviivat on määritetty tietyillä aloilla Yhdysvaltain tietyissä osissa (Fraser, 2009b; Maheu, Pulier, Wilhelm, McMenamin & Brown-Connolly, 2005), muttei suinkaan kaikissa. Maailmanlaajuisesti tilanne on vielä selkiytymättömämpi (Maheu et al., 2005). Kun nettiterapian käytöstä ei vielä ole näyttöön perustuvaa tietoa, sitä tulisi käyttää varoen.

Nettiterapian parissa toimivia mielenterveysalan ammattilaisia kehoitetaan pysymään ajan tasalla oman maansa ammattioikeuksista vastaavan viranomaisen, ammattiliittonsa ja lainsäädännön määräyksistä ja seurata tätä nopeasti kehittyvää mediaa koskevaa uutta kirjallisuutta. Nettiterapian mahdollisista käyttötavoista, prosesseista ja eettisistä huolenaiheista on julkaistu myös kattavampi kuvaus (Fraser, 2009b).

Mielenterveysalan ammattilaisten muut tehtävät

Mielenterveysalan ammattilaiset toimivat asiakkaidensa edustajina ja puolestapuhujina näiden yhteisöissä (kouluissa, työpaikoilla ja muissa organisaatioissa) ja auttavat asiakkaita tekemään muutoksia henkilötodistuksiin

Transsukupuoliset, muunsukupuoliset ja kokemukseltaan tai ilmaisultaan sukupuolinormeista erottuvat ihmiset saattavat kohdata työpaikoilla, oppilaitoksissa ja muissa ympäristöissä haasteita, kun he toteuttavat sukupuoli-identiteettiään ja ilmaisevat sukupuoltaan (Lev, 2004, 2009). Mielenterveysalan ammattilaisilla voi olla merkittävä rooli, kun he kertovat mainituissa ympäristöissä toimiville ihmisille sukupuolinormeista erottuva kokemuksesta tai ilmaisusta ja puhuvat asiakkaidensa puolesta (Currah, Juang & Minter, 2006; Currah & Min-

ter, 2000). Tämä rooli saattaa sisältää keskustelija koulukuraattoreiden, opettajien, kouluhallinnon edustajien, henkilöstöosaston työntekijöiden, henkilöstöjohtajien ja työnantajien sekä muiden organisaatioiden ja laitosten edustajien kanssa. Lisäksi ammattilaisia saatetaan tarvita auttamaan asiakkaita, kun nämä haluavat muuttaa nimensä ja/tai sukupuolensa henkilöto-distuksiin, kuten passiin, ajokorttiin, syntymätodistukseen tai diplomeihin.

Tietojen tarjoaminen ja ohjaaminen vertaistuen pariin

Joillekin transsukupuolisille, muunsukupuolisille ja kokemukseltaan tai ilmaisultaan sukupuolinormeista erottuville ihmisille vertaistukiryhmät voivat opettaa sukupuolen ilmaisun vaihtoehdoista enemmän kuin minkäänlainen yksilöterapia (Rachlin, 2002). Molemmat kokemukset voivat olla arvokkaita, ja kaikkia sukupuoliasioita mieltäviä tulisi rohkaista osallistumaan yhteisölliseen toimintaan mahdollisuuksien mukaan. Potilaalle tulisi tarjota vertaistukiresursseja ja tietoa.

Kulttuurin vaikutus arviointiin ja psykoterapiaan

Terveystieteiden ammattilaiset työskentelevät ympäri maailmaa mitä erilaisimmissa olosuhteissa. Hoitoon hakeutuvien potilaiden ahdistuksen muodot ymmärretään ja luokitellaan kunkin kulttuurin omien lainalaisuuksien mukaan (Frank & Frank, 1993). Kulttuuriympäristö määrittää suurelta osin myös sen, miten mielenterveysalan ammattilaiset ymmärtävät tällaisia ongelmia. Sukupuoli-identiteettiin ja sukupuolen ilmaisuun liittyvät kulttuurierot voivat vaikuttaa potilaisiin, mielenterveysalan ammattilaisiin ja psykoterapian hyväksytyihin käytäntöihin. WPATH huomauttaa, että hoitosuositukset ovat syntyneet länsimaisesta perinteestä ja niitä on ehkä muokattava kuhunkin kulttuuriin sopivaksi.

Mielenterveyspalveluihin liittyvät eettiset ohjeet

Mielenterveysalan ammattilaisten on haettava oikeutta ammatinharjoittamiseen, jotta he voivat toimia tietyssä maassa sen maan ammattilaisia koskevien määräysten mukaisesti (Fraser, 2009b; Pope & Vasquez, 2011). Ammattilaisten on noudatettava oman alansa ammattioikeuksista vastaavien viranomaisten eettisiä sääntöjä kaikessa työssään transsukupuolisten, muunsukupuolisten ja kokemukseltaan tai ilmaisultaan sukupuolinormeista erottuvien asiakkaiden parissa.

Hoitoa, jolla pyritään muuttamaan henkilön sukupuoli-identiteettiä ja sukupuolen ilmaisua vastaamaan paremmin syntymässä määriteltyä sukupuolta, on yritetty aiemmin tuloksetta (Gelder & Marks, 1969; Greenson, 1964) erityisesti pitkällä aikavälillä (Cohen-Kettenis & Kuiper, 1984; Pauly, 1965). Tällaista hoitoa ei enää nykyään pidetä eettisenä.

Jos mielenterveysalan ammattilaiset eivät tunne aihetta omakseen tai jos heillä ei ole kokemusta työskentelystä transsukupuolisten, muunsukupuolisten ja kokemukseltaan tai ilmaisultaan sukupuolinormeista erottuvien asiakkaiden ja heidän perheidensä kanssa, heidän tulisi ohjata asiakkaat pätevälle palvelutarjoajalle tai vähintään pyytää apua asiantuntevalta kolle-

galta. Jos paikallisia toimijoita ei ole käytettävissä, neuvontaa voi saada myös etänä, jos etä-neuvontaa varten määritetyt paikallisvaatimukset täyttyvät.

Hoitoonpääsyä koskevat kysymykset

Päteviä mielenterveysalan ammattilaisia ei ole kaikkialla käytettävissä, joten laadukkaaseen hoitoon ei välttämättä aina pääse. WPATH pyrkii parantamaan hoitoonpääsyä ja tarjoaa jat-kuvasti eri alojen toimijoille koulutusta, jossa käsitellään transihmisten laadukasta tervey-denhoitoa. Mielenterveyshoidon tarjoaminen etänä teknologisten apuvälineiden avulla voi olla yksi tapa parantaa hoitoonpääsyä (Fraser, 2009b).

Monissa paikoissa ympäri maailmaa transsukupuolisten, muunsukupuolisten ja kokemuseltaan tai ilmaisultaan sukupuolinormeista erottuvien ihmisten hoitoonpääsyä rajoittavat myös sairausvakuutuksen puute tai kyvyttömyys maksaa tarvittavaa hoitoa jollain muulla tavalla. WPATH kehottaakin sairausvakuutusyhtiöitä ja muita ulkopuolisia maksajia kattamaan lääketieteellisesti välttämättömät keinot sukupuolidysforian lievittämiseksi (American Medical Association, 2008; Anton, 2009; The World Professional Association for Transgender Health, 2008).

Kun ammattilainen kohtaa asiakkaan, joka ei pääse hoitoon, on suositeltavaa ohjata hänet verkossa tai kasvotusten annettavan vertaistuen pariin. Asiakkaille voidaan kertoa myös hait-toja vähentävistä lähestymistavoista, jotta he voivat tehdä terveellisiä ja elämää parantavia päätöksiä.

VIII. HORMONIHOITO

Hormonihoidon lääketieteellinen välttämättömyys

Feminisoiva tai maskulinisoiva hormonihoito – eli eksogeenisten hormoneiden antaminen feminisoivien tai maskulinisoivien muutosten aikaansaamiseksi – on lääketieteellisesti vält-tämätön toimenpide useille transsukupuolisille, muunsukupuolisille ja kokemuseltaan tai ilmaisultaan sukupuolinormeista erottuville ihmisille, jotka kokevat sukupuolidysforiaa (Newfield, Hart, Dibble & Kohler, 2006; Pfäfflin & Junge, 1998). Jotkut haluavat tulla mah-dollisimman feminiinisiksi tai maskuliinisiksi, kun taas joillekin androgyyniys on luonte-vampaa. Androgyyniys saavutetaan vähentämällä olemassa olevia toissijaisia sukupuolitun-nusmerkkejä hormoneilla (Factor & Rothblum, 2008). Liitteessä D on yhteenveto hormoni-hoidon psykososiaalisia vaikutuksia koskevasta tutkimusnäytöstä.

Hormonihoitoa on mukautettava potilaan tavoitteiden, lääkkeiden riski-/hyötysuhteen, mui-den sairauksien sekä sosiaalisten ja taloudellisten seikkojen mukaan. Hormonihoito voi huomattavasti helpottaa niiden potilaiden elämää, jotka eivät halua tai voi muuttaa sosiaalis-ta sukupuolirooliaan tai mennä leikkaukseen (Meyer III, 2009). Hormonihoitoa suositellaan

edellytykseksi joihinkin sukupuolidysforian hoidoksi tarkoitettuihin leikkauksiin, muttei kaikkiin (katso luku XI ja liite C).

Hormonihoidon edellytykset

Hormonihoidon voi aloittaa, kun psykososiaalinen arviointi on tehty ja pätevä terveydenhoidon ammattilainen on saanut potilaalta tietoisin suostumuksen hoitosuosittelun luvun VII mukaisesti. Arvioinnin tehneeltä mielenterveysalan ammattilaiselta tarvitaan lähete, ellei arvioinnin tekijä ole myös tässä asiassa pätevä hormonihoidon antaja.

Hormonihoidon edellytykset ovat seuraavat:

1. pysyvä ja hyvin dokumentoitu sukupuolidysforia
2. kyky tehdä tietoon perustuva päätös ja antaa suostumus hoitoon
3. täysi-ikäisyyden raja kyseisessä maassa (nuoremman potilaan kanssa on noudatettava luvun VI hoitosuositteluita)
4. mahdollisten merkittävien terveys- tai mielenterveysongelmien kohtuullinen hoitotapa.

Kuten hoitosuosittelun luvussa VII todettiin, samanaikaisesti esiintyvät mielenterveysongelmat eivät välttämättä estä pääsyä feminisoivaan tai maskulinisoivaan hormonihoidon. Nämä ongelmat tulisi kuitenkin hoitaa ennen sukupuolidysforian hoitamista tai samaan aikaan sen kanssa.

Tietyissä olosuhteissa voi olla hyväksyttävää tarjota hormonihoidon potilaalle, joka ei täytä kaikkia edellytyksiä. Tällaisia tilanteita ovat esimerkiksi valvotun hoidon helpottaminen käyttämällä tunnetusti laadukkaita hormoneja vaihtoehtona laittomille tai valvomattomille hormoneille tai hoidon tarjoaminen potilaille, joiden sukupuoli on jo vakiintunut ja jotka ovat aikaisemmin käyttäneet hormoneja. On epäeettistä kieltää hoito tai kelpoisuus hormonihoidon vain veri-infektioiden (esimerkiksi HIV:n tai hepatiitti B:n tai C:n) aiheuttaman veren seropositivisuuden vuoksi.

Joissain harvoissa tapauksissa hormonihoidon ei ole mahdollinen potilaan vakavan sairauden vuoksi. Terveydenhoidon ammattilaisten pitäisi auttaa näitä potilaita saamaan sukupuolidysforiaansa muuntotyypistä hoitoa hormonihoidon sijaan. Pätevä mielenterveysalan ammattilainen, joka tuntee potilaan, on tällaisissa tilanteissa kullannarvoinen.

Tietoinen suostumus

Feminisoiva tai maskulinisoiva hormonihoidon voi johtaa peruuttamattomiin fyysisiin muutoksiin. Siksi hormonihoidon tulisi tarjota vain niille, jotka voivat lain mukaan antaa tietoisin

suostumuksen. Tällaisia henkilöitä ovat myös nuoret, jotka tuomioistuimien on julistanut kypsiä alaikäisiksi, sekä vangitut ja kognitiivisesti heikentyneet ihmiset, joiden katsotaan olevan päteviä osallistumaan itseään koskeviin hoitopäätöksiin (Bockting et al., 2006). Hoidon antajan tulisi merkitä potilastietoihin, että hormonihoidon kaikista olennaisista osa-alueista, myös mahdollisista hyödyistä ja riskeistä sekä vaikutuksista lisääntymiskykyyn, on annettu tietoa ja että potilas on ymmärtänyt tiedot.

Hoitosuositusten ja tietoisien suostumuksen malliprotokollien välinen suhde

Useissa Yhdysvaltain terveyskeskuksissa on laadittu hormonihoidon tarjoamiseen protokollia, joiden pohjana oleva lähestymistapa tunnetaan paremmin tietoisien suostumuksen mallina (Informed Consent Model) (Callen Lorde Community Health Center, 2000, 2011; Fenway Community Health Transgender Health Program, 2007; Tom Waddell Health Center, 2006). Nämä protokollat ovat yhdenmukaisia WPATH:n hoitosuositusten 7. version kanssa. Hoitosuositukset ovat joustavia kliinisiä ohjeita, jotka sallivat toimenpiteiden mukauttamisen potilaan tarpeisiin sekä protokollien mukauttamisen kunkin palvelutilanteen lähestymistapaan ja ympäristöön (Ehrbar & Gorton, 2010).

Tietoisien hormonihoidon koskevan suostumuksen hankkiminen on tärkeä tehtävä hoidon antajalle. Sillä tavalla hän varmistaa potilaan ymmärtävän hormonihoidon psyykkiset ja fyysiset hyödyt ja riskit sekä psykososiaaliset vaikutukset. Hormonihoidon määränneellä tai sitä suositelleella terveydenhoidon ammattilaisella tulee olla tietämystä ja kokemusta sukupuolidysforian arvioinnista. Hänen tulisi kertoa potilaalle hormonien hyödyistä, rajoitteista ja riskeistä, kun otetaan huomioon potilaan ikä, aiempi hormonien käyttökokemus ja samanaikaiset fyysiset sairaudet ja mielenterveysongelmat.

Akuuttien tai nykyisten mielenterveyshäiriöiden seulonta ja niihin puuttuminen ovat tärkeitä vaiheita valmisteltaessa tietoisien suostumuksen hankkimista. Tämän voi tehdä mielenterveysalan ammattilainen tai asianmukaisesti koulutettu hormonien määrääjä (katso hoitosuositusten luku VII). Sama ammattilainen tai toinen terveydenhoitotiimin asianmukaisesti koulutettu jäsen (esimerkiksi sairaanhoitaja) voi tarvittaessa kertoa hormonien psykososiaalisista vaikutuksista (esimerkiksi maskulinisaatio tai feminisaatio vaikutuksesta siihen, millaisena muut kokevat potilaan, ja sen mahdollisista vaikutuksista perhe-, ystävyys- ja työtoveruus-suhteisiin). Tarvittaessa nämä ammattilaiset antavat lähetteen psykoterapiaan ja samanaikaisten mielenterveysongelmien, kuten ahdistuksen tai masennuksen, arviointiin ja hoitoon.

Tietoisien suostumuksen mallin ja hoitosuositusten 7. version välinen ero on se, että hoitosuosituksissa keskitytään enemmän mielenterveysalan ammattilaisen tärkeään rooliin sukupuolidysforian lievittämisessä sekä sukupuoliroolin muuttamisen ja psykososiaalisen sopeutumisen helpottamisessa. Tähän saattaa sisältyä myös kattava mielenterveyden arvio ja tarvittaessa psykoterapiaa. Tietoisien suostumuksen mallissa taas keskitytään enemmän tietoisien suostumuksen hankkimiseen, jotta hormonihoidon voidaan aloittaa monialaisessa, haittoja vähentävässä ympäristössä. Potilaalle ei niinkään tarjota mielenterveyspalveluita, ennen kuin hän pyytää niitä, ellei hänellä havaita merkittäviä mielenterveysongelmia, jotka on syytä hoitaa ennen hormonihoidon määräämistä.

Hormonihoidon fyysiset vaikutukset

Feminisoiva tai maskulinisoiva hormonihoito saa aikaan fyysisiä muutoksia, jotka vastaavat enemmän potilaan sukupuoli-identiteettiä.

- FTM-potilaille odotetaan ilmaantuvan seuraavia muutoksia: äänen madaltuminen, klitoriksen kasvu (vaihtelee), kasvojen ja kehon karvoituksen lisääntyminen, kuukautisten loppuminen, rintakudoksen atrofia ja kehon rasvaprosentin vähentyminen suhteessa lihasmassaan.
- MTF-potilaille odotetaan ilmaantuvan seuraavia muutoksia: rintojen kasvu (vaihtelee), erektiotoiminnan vähentyminen, kivesten koon pientyminen ja kehon rasvaprosentin lisääntyminen suhteessa lihasmassaan.

Useimmat fyysiset muutokset – olivatpa ne feminisoivia tai maskulinisoivia – tapahtuvat kahden vuoden aikana. Fyysisten muutosten määrä ja tarkka ajankohta voivat vaihdella merkittävästi. **Taulukoissa 1a ja 1b** kuvataan näiden fyysisten muutosten arvioitu aikataulu.

Taulukko 1a: Maskulinisoivien hormonien vaikutukset ja odotettu aika^a

Vaikutus	Odotettu alkaminen ^b	Odotettu enimmäisvaikutus ^b
Ihon rasvaisuus/akne	1–6 kuukautta	1–2 vuotta
Kasvojen/kehon karvoitus	3–6 kuukautta	3–5 vuotta
Päänahan hiustenlähtö	> 12 kuukautta ^c	vaihtelee
Lihasmassan/voiman lisääntyminen	6–12 kuukautta	2–5 vuotta ^d
Kehon rasvan uudelleenjakautuminen	3–6 kuukautta	2–5 vuotta
Kuukautisten loppuminen	2–6 kuukautta	–
Klitoriksen kasvu	3–6 kuukautta	1–2 vuotta
Emättimen atrofia	3–6 kuukautta	1–2 vuotta
Äänen madaltuminen	3–12 kuukautta	1–2 vuotta

^a Muokattu luvalla: Hembree et al. (2009). *Copyright 2009, The Endocrine Society.*

^b Arviot perustuvat julkaistuihin ja julkaisemattomiin kliinisiin havaintoihin.

^c Riippuu merkittävästi iästä ja perimästä; voi olla vähäistä.

^d Riippuu merkittävästi liikunnan määrästä.

Taulukko 1b: Feminisoivien hormonien vaikutukset ja odotettu aika^a

Vaikutus	Odotettu alkaminen ^b	Odotettu enimmäisvaikutus ^b
Kehon rasvan uudelleenjakautuminen	3–6 kuukautta	2–5 vuotta
Lihasmassan/voiman vähentyminen	3–6 kuukautta	1–2 vuotta ^c
Ihon pehmeneminen, rasvaisuuden vähentyminen	3–6 kuukautta	ei tietoa
Libidon vähentyminen	1–3 kuukautta	1–2 vuotta
Spontaanierektioiden vähentyminen	1–3 kuukautta	3–6 kuukautta
Miehisten seksuaalisuuden toimintahäiriö	vaihtelee	vaihtelee
Rintojen kasvu	3–6 kuukautta	2–3 vuotta
Kivesten tilavuuden pieneneminen	3–6 kuukautta	2–3 vuotta
Siemennesteen tuotannon vähentyminen	vaihtelee	vaihtelee
Kehon ja kasvojen karvojen oheneminen ja kasvun hidastuminen	6–12 kuukautta	> 3 vuotta ^d
Miehille ominainen kaljuuntuminen	Ei uudelleenkasvua, kaljuuntuminen loppuu 1–3 kuukaudessa	1–2 vuotta

^a Muokattu luvalla: Hembree et al. (2009). *Copyright 2009, The Endocrine Society.*

^b Arviot perustuvat julkaistuihin ja julkaisemattomiin kliinisiin havaintoihin.

^c Riippuu merkittävästi liikunnan määrästä.

^d Jotta kasvojen ja kehon miehen karvoitus saataisiin kokonaan poistettua, tarvitaan elektrolyysiä, laserhoitoa tai molempia.

Fyysisten vaikutusten suuruus ja määrä vaihtelevat annoksen, antoreitin ja käytettyjen lääkkeiden mukaan. Nämä valitaan potilaan lääketieteellisten tavoitteiden (esimerkiksi muutokset sukupuoliroolin ilmaisussa ja sukupuolienkorjaussuunnitelma) ja lääketieteellisen riskiprofiilin mukaan. Tällä hetkellä ei ole näyttöä siitä, että vastetta hormonihoitoon – lukuun ottamatta äänen madaltumista FTM-potilailla – voitaisiin luotettavasti ennustaa iän, ruumiinrakenteen, etnisen alkuperän tai suvun ulkonäön perusteella. Kun kaikki muut tekijät pysyvät samoina, ei ole näyttöä siitä, että mikään lääketieteellisesti hyväksytty hormonihoitotyyppi tai sen antomenetelmä tuottaisi muita tehokkaammin haluttuja fyysisiä muutoksia.

Hormonihoidon riskit

Kaikkiin lääketieteellisiin toimenpiteisiin liittyy riskejä. Vakavan haittavaikutuksen todennäköisyys riippuu lukuisista tekijöistä: itse lääkkeestä, annoksesta, antoreitistä ja potilaan kliinisistä ominaisuuksista (iästä, komorbiditeetista eli sairauksien samanaikaisesta esiintymisestä, sukuhistoriasta ja terveystottumuksista). Siksi on mahdotonta ennustaa, ilmeneekö tietyllä potilaalla jokin haittavaikutus.

Feminisoivaan tai maskulinisoivaan hormonihoitoon liittyvät riskit transsukupuolisella, muunsukupuolisella ja kokemukseltaan tai ilmaisultaan sukupuolinormeista erottuvalla väestöllä on koottu **taulukkoon 2**. Näytön perusteella riskit luokitellaan seuraavasti: (i) hormonihoitoon liittyvä riski on todennäköisesti kohonnut, (ii) hormonihoitoon liittyvä riski on mahdollisesti kohonnut tai (iii) riski on epävarma tai ei kohonnut. Viimeiseen luokkaan kuuluvat sairaudet, joiden riski on mahdollinen, mutta riskistä on niin vähän näyttöä, ettei selviä johtopäätöksiä voida tehdä.

Lisätietoa näistä riskeistä on liitteessä B, joka perustuu kahteen kattavaan, näyttöön perustuvaan maskulinisoivaa/feminisoivaa hormonihoitoa käsittelevään kirjallisuuskatsaukseen (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009) sekä suureen kohorttitutkimukseen (Asscheman et al., 2011). Nämä katsaukset voivat toimia hoidon antajien yksityiskohtaisina lähteaineistoina yhdessä muiden laajalti tunnustettujen kliinisten julkaisujen kanssa (Dahl, Feldman, Goldberg & Jaber, 2006; Ettner, Monstrey & Eyler, 2007).

Taulukko 2: Hormonihoitoon liittyvät riskit (lihavoidut kohdat ovat kliinisesti merkittäviä)

Riskitaso	Feminisoivat hormonit	Maskulinisoivat hormonit
Todennäköisesti kohonnut riski	<ul style="list-style-type: none"> • Laskimotromboembolia^a • Sappikivet • Maksan entsyymiarvojen kohoaminen • Painonnousu • Hypertriglyseridemia 	<ul style="list-style-type: none"> • Polysytomia • Painonnousu • Akne • Androgeeninen hiustenlähtö (kaljuuntuminen) • Uniapnea
Todennäköisesti kohonnut riski lisäriskitekijöiden yhteydessä ^b	<ul style="list-style-type: none"> • Sydän- ja verisuonitaudit 	
Mahdollisesti kohonnut riski	<ul style="list-style-type: none"> • Kohonnut verenpaine (hypertensio) • Hyperprolaktinemia tai prolaktinooma 	<ul style="list-style-type: none"> • Maksan entsyymiarvojen kohoaminen • Hyperlipidemia
Mahdollisesti kohonnut riski lisäriskitekijöiden yhteydessä ^b	<ul style="list-style-type: none"> • Tyypin 2 diabetes^a 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiettyjen psykiatristen häiriöiden epävakaus^c • Sydän- ja verisuonitaudit • Kohonnut verenpaine (hypertensio) • Tyypin 2 diabetes
Epävarma tai ei kohonnut riski	<ul style="list-style-type: none"> • Rintasyöpä 	<ul style="list-style-type: none"> • Luun tiheyden menetys • Rintasyöpä • Kohdunkaulan syöpä • Munasarjasyöpä • Kohtusyöpä

^a Riski on suurempi estrogeenin oraalilla kuin transdermaalilla annostelulla.

^b Ikä on lisäriskitekijä.

^c Sisältää bipolaarisen mielialahäiriön, skitsoaffektiivisen häiriön ja muut häiriöt, joihin voi kuulua maanisia tai psykoottisia oireita. Tämä haitta näyttää liittyvän suurempiin annoksiin tai suprafysiologiseen veren testosteronipitoisuuteen.

Hormoneja määrävien lääkäreiden pätevyys ja suhde muihin terveydenhoidon ammattilaisiin

Feminisoiva tai maskulinisoiva hormonihoito on parasta toteuttaa terveyttä kokonaisvaltaisesti hoitaen. Tällaiseen lähestymistapaan sisältyy kattava perusterveydenhoito ja koordinoitu lähestymistapa psykososiaalisiin kysymyksiin (Feldman & Safer, 2009). Psykoterapiaa tai pidempiaikaista neuvontaa ei tarvita hormonihoitoon aloittamiseksi. Jos terapeutti on kuitenkin mukana, hänen tulisi pitää yhteyttä myös muihin hoitoa tarjoaviin terveydenhoidon ammattilaisiin (potilaan suostumuksella) varmistaakseen, että korjausprosessi sujuu hyvin sekä fyysisesti että psykososiaalisesti.

Feminisoivaa tai maskulinisoivaa hormonihoitoa voivat tarjota erilaiset ammattilaiset, kunhan heillä on asianmukainen koulutus. Tällaisia voivat olla sairaanhoitajat, lääkärin avustajat ja yleislääkärit (Dahl et al., 2006). Hormonihoitoon liittyvät lääkärikäynnit tarjoavat mahdollisuuden antaa laajempaa hoitoa väestölle, joka saa sitä usein vähemmän (Clements, Wilkinson, Kitano & Marx, 1999; Feldman, 2007; Xavier, 2000). Pitkäaikaiseen hormonihoitoon liittyvien oheissairauksien seulonta ja hallinta, kuten sydän- ja verisuonitautien riskitekijöiden sekä syövän seulonta, kuuluvat usein pikemminkin perusterveydenhoitoon kuin erikoisterveydenhoitoon (American Academy of Family Physicians, 2005; Eyer, 2007; World Health Organization, 2008). Tämä pätee erityisesti paikoissa, joissa ei ole käytettävissä sukupuoliasioihin erikoistuneita tiimejä tai erikoislääkäreitä.

Kun otetaan huomioon hormonihoitoon hakeutuvien transsukupuolisten, muunsukupuolisten ja kokemukseltaan tai ilmaisultaan sukupuolinormeista erottuvien ihmisten monialaiset tarpeet sekä hoidon sirpaloitumiseen liittyvät yleiset vaikeudet (World Health Organization, 2008), WPATH suosittelee vahvasti, että perusterveydenhoidon ammattilaisten koulutusta ja osallisuutta feminisoivaan ja maskulinisoivaan hormonihoitoon lisättäisiin. Jos hormonit määrää erikoislääkäri, hänen tulisi olla tiiviisti yhteydessä potilaan yleislääkäriin. Samalla tavalla kokeneen hormonihoitoa antajan tai endokrinologin tulisi olla mukana, jos yleislääkärillä ei ole kokemusta tämältyypisestä hormonihoitosta tai jos potilaalla on jo aiemmin todettu metabolinen tai endokriininen häiriö, johon hormonihoito saattaa vaikuttaa.

Vaikka transihmisten terveydenhoidon virallisia koulutusohjelmia ei ole vielä perustettu, hormonihoitoa antajilla on vastuu hankkia asianmukaista tietoa ja kokemusta tältä alalta. Kliinikot voivat lisätä kokemustaan ja perehtyä paremmin feminisoivan tai maskulinisoivan hormonihoitoa tarjoamiseen tarjoamalla hoitoa yhdessä kokeneemman ammattilaisen kanssa tai konsultoimalla tätä tai tarjoamalla rajoitetumpia hormonihoitomuotoja ennen varsinaisen hormonihoitoa aloittamista. Koska tämä lääketieteen ala on vasta kehittyvässä, kliinikoiden tulisi perehtyä alan kirjallisuuteen, seurata uusia tutkimuksia ja keskustella ilmaantuvista ongelmista kollegoidensa kanssa. Tällaisia keskusteluja voi käydä WPATH:n ja muiden kansallisten tai paikallisten organisaatioiden luomien verkostojen kautta.

Hormoneja määrävien lääkäreiden vastuut

Yleisesti ottaen hormonihoitoja määrävien kliinikoiden tulisi hoitaa seuraavat tehtävät:

1. Alustava arviointi, johon sisältyy potilaan fyysisen siirtymävaiheen tavoitteiden ja terveyshistorian käsittely sekä somaattinen tutkimus, riskien arviointi ja tarvittavat laboratoriotutkimukset.
2. Keskusteleminen potilaan kanssa feminisoivan tai maskulinisoivan lääkityksen odotetuista vaikutuksista ja mahdollisista haitallisista terveysvaikutuksista. Näihin vaikutuksiin saattaa sisältyä hedelmällisyyden heikkeneminen (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009). Siksi potilaan kanssa on keskusteltava hedelmällisyydestä ja hedelmällisyyttä säilyttävien toimenpiteiden mahdollisuuksista ennen hormonihoidon aloitusta (katso luku IX).
3. Varmistuminen siitä, että potilas kykenee ymmärtämään hoidon riskit ja hyödyt ja tekemään tietoon perustuvan päätöksen lääketieteellisestä hoidosta.
4. Jatkuvan lääketieteellisen seurannan tarjoaminen. Seuranta sisältää säännöllisiä vastaanottokäyntejä laboratoriotutkimuksineen hormonien tehokkuuden ja sivuvaikutusten tarkkailemiseksi.
5. Viestintä potilaan yleislääkärin, mielenterveysalan ammattilaisen ja kirurgin kanssa tarvittaessa.
6. Lyhyen kirjallisen selvityksen antaminen potilaalle tarvittaessa. Kirjallisesta selvityksestä tulee käydä ilmi, että potilas on lääketieteellisessä seurannassa ja hoidossa, johon sisältyy feminisoiva tai maskulinisoiva hormonihoido. Erityisesti hormonihoidon alkuvaiheessa potilas saattaa haluta pitää tätä selvitystä mukanaan estääkseen ongelmat poliisin ja muiden viranomaisten kanssa.

Hormonien tarjoamisen kliinisestä tilanteesta riippuen (katso alla) kaikki nämä tehtävät eivät ole yhtä olennaisia. Neuvonnan määrä ja somaattiset sekä laboratoriotutkimukset tulisi mukauttaa aina potilaan yksilöllisiin tarpeisiin.

Hormonihoidon kliiniset tilanteet

Joissain tilanteissa klinikoita saatetaan pyytää antamaan hormoneja ilman, että aloitetaan tai ylläpidetään pitkäaikaista feminisoivaa tai maskulinisoivaa hormonihoidoa. Kun nämä erilaiset tilanteet tunnistetaan (katso jäljempänä, esitetty yksinkertaisimmasta monimutkaisimpaan), feminisoivaan tai maskulinisoivaan hormonihoidoon voidaan ottaa mukaan klinikoita, jotka eivät muuten kykene tarjoamaan tätä hoitoa.

1. Välivaihe (*bridging*)

Joskus hoitoon hakeutuva potilas on aloittanut hormonihoidon jo aiemmin joko toisen klinikon avulla tai jollain muulla keinolla (esimerkiksi hankkimalla hormoneja internetistä). Kliinikko voi tarjota rajoitetun (1–6 kuukauden) hormonireseptin ja auttaa potilasta löytä-

mään palveluntarjoajan, joka voi määrätä pitkäaikaisen hormonihoidon. Hänen tulisi arvioida potilaan nykyisen hoidon turvallisuus ja lääkkeiden yhteisvaikutukset sekä vaihtaa tarvittaessa lääkkeet turvallisempiin tai muuttaa niiden annostusta (Dahl et al., 2006; Feldman & Safer, 2009). Jos hormoneja on määrätty aiemmin, potilaan terveystiedot olisi pyydettävä (potilaan luvalla), jotta saataisiin tiedot lähtötilannetarkastuksista ja laboratoriokokeista sekä mahdollisista haittavaikutuksista. Hormonihoidon antajan tulisi myös viestiä potilaan hoitoon mahdollisesti tällä hetkellä osallistuvien mielenterveysammattilaisten kanssa. Jos potilaalle ei ole koskaan tehty hoitosuosituksen mukaista psykososiaalista arviointia (katso luku VII), klinikon tulisi antaa tälle lähete pätevälle mielenterveysalan ammattilaiselle, jos se on tarkoituksenmukaista ja mahdollista (Feldman & Safer, 2009). Välivaiheen hormoneja tarjoavan ammattilaisen on tehtävä yhteistyötä potilaan kanssa ja selvitettävä välivaiheen hormonihoidon aikarajat.

2. Sukurauhasten poiston jälkeinen hormonihoido

Munasarjojen tai kivesten poiston jälkeen hormonikorvaushoitoja estrogeenilla tai testosteronilla jatketaan yleensä koko loppuelämän ajan, jos niille ei ole lääketieteellisiä vasta-aiheita. Koska hormoniannoksia vähennetään usein näiden leikkausten jälkeen (Basson, 2001; Levy, Crown & Reid, 2003; Moore, Wisniewski & Dobs, 2003) ja koska niitä muutetaan yleensä vain iän ja komorbidien terveysongelmien vuoksi, hormonikorvaushoito on melko samanlaista kuin kellä tahansa hypogonadisella potilaalla.

3. Hormonien ylläpito ennen sukurauhasten poistoa

Kun potilas on saanut hormoneista maksimaaliset feminisoivat tai maskulinisoivat hyödyt (tyypillisesti kahdessa tai useammassa vuodessa), hänen hoidossaan siirrytään ylläpitoannoksiin. Ylläpitoannosta mukautetaan sitten sairauksien, ikääntymisen tai muiden tekijöiden – kuten uusien elintapojen – aiheuttamien muutosten mukaisesti (Dahl et al., 2006). Kun ylläpitovaiheessa oleva potilas hakeutuu hoitoon, tulisi arvioida hänen nykyisen hoitonsa turvallisuus ja lääkkeiden yhteisvaikutukset sekä vaihtaa lääkkeet tarvittaessa turvallisempiin vaihtoehtoihin tai muuttaa niiden annostusta. Kirjallisuudessa esitetyn mukaisesti (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009) potilaan seuranta tulisi jatkaa säännöllisillä somaattisilla tutkimuksilla ja laboratoriokokeilla. Hormoniannosta ja -muotoa tulisi tarkistaa säännöllisesti, jos potilaan terveydentila on muuttunut ja jos on viitteitä siitä, että hormonien käytöllä on pitkäaikaisia riskejä (katso hormonihoido-ohjelmia käsittelevä osio jäljempänä).

4. Hormonaalisen feminisaation tai maskulinisaation aloittaminen

Tässä kliinisessä tilanteessa ammattilaiselta vaaditaan eniten sitoutumista eli aikaa ja asiantuntemusta. Hormonihoidoa on mukautettava potilaan tavoitteiden, lääkkeiden riski-/hyötysuhteen, muiden sairauksien sekä sosiaalisten ja taloudellisten seikkojen mukaan. Vaikka monenlaisia hormonihoido-ohjelmia on julkaistu (Dahl et al., 2006; Hembree et al., 2009; Moore et al., 2003), turvallisuutta ja tehokkuutta vertaavista satunnaistetuista kliinisistä tutkimuksista ei ole julkaistu raportteja. Vaihtelusta huolimatta alustavalle riskien arvioinnille ja jatkuvalla hormonihoidon seurannalle voidaan luoda kohtuulliset puitteet, jotka perustuvat edellä esitettyihin teho- ja turvallisuutta koskevaan näyttöön.

Riskien arviointi ja muokkaus hormonihoidon aloittamista varten

Hormonihoidon alustavassa arvioinnissa tutkitaan potilaan kliinisiä tavoitteita ja hormonihoidon haittavaikutusten riskitekijöitä. Riskien arvioinnin aikana potilaan ja klinikon tulisi laatia suunnitelma kaikkien mahdollisten riskien vähentämiseksi. Tämä tulisi tehdä ennen hoidon aloittamista tai osana jatkuvaa haittojen vähentämistä.

Kaikkiin arviointeihin tulisi sisältyä perusteellinen somaattinen tutkimus, jossa mitataan paino, pituus ja verenpaine. Rintojen ja sukuelinten tutkimusten sekä rektaalitutkimusten, jotka ovat arkoja asioita useimmille transsukupuolisille, muunsukupuolisille ja kokemuseltaan tai ilmaisultaan sukupuolinormeista erottuville ihmisille, tulisi perustua henkilökohtaisiin riskeihin ja ehkäisevän terveydenhoidon tarpeisiin (Feldman & Goldberg, 2006; Feldman, 2007).

Ehkäisevä hoito

Hormonihoidon antajien olisi huolehdittava potilaiden ehkäisevästä terveydenhoidosta, etenkin jos potilaalla ei ole omaa yleislääkärää. Potilaan iästä ja riskiprofiilista riippuen saatetaan seuloa tai tutkia tiettyjä sairauksia, joihin hormonihoido voi vaikuttaa. Ihannetapauksessa nämä seulontatestit tehdään ennen hormonihoidon aloittamista.

Riskien arviointi ja muokkaus feminisoivaa hormonihoidoa (MTF) varten

Feminisoivalle hoidolle ei sinällään ole ehdottomia vasta-aiheita, mutta erilaisille feminisoiville aineille – erityisesti estrogeenille – niitä kuitenkin on. Näihin kuuluvat aikaisemmat hyperkoaguloivaan sairauteen liittyvät laskimotromboottiset tapahtumat, aiempi estrogeenille herkkä neoplasma ja loppuvaiheen krooninen maksasairaus (Gharib et al., 2005).

Kuten taulukossa 2 ja liitteessä B on mainittu, estrogeeni- tai androgeenisalpaus saattaa pahentaa muita sairauksia, ja niiden hoitotasapaino tulisi selvittää ja tarvittaessa saattaa hyvään tasapainoon ennen hormonilääkityksen aloittamista (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009; Dhejne et al., 2011). Kliinikon tulisi puuttua etenkin tupakointiin, sillä se liitetään laskimotromboosin kohonneeseen riskiin. Riskiä lisää entisestään estrogeenin käyttö. Sydän- ja aivoverisuonitauteja sairastavien tulisi neuvotella kardiologin kanssa.

Lähtötilanteen laboratorioarvot ovat tärkeitä sekä alustavan riskien arvioinnin että mahdollisten tulevien haittavaikutusten arvioinnin kannalta. Alustavien laboratoriokokeiden valinnan tulee perustua taulukossa 2 esitettyihin feminisoivan hormonihoidon riskeihin sekä potilaan yksilöllisiin riskitekijöihin, kuten sukuhistoriaan. Ehdotukset alustavista laboratoriopaneeleista on julkaistu (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009). Näitä voidaan muokata potilaita tai rajoitettujen resurssien terveydenhoitojärjestelmiä ja muutoin terveitä potilaita varten.

Riskien arviointi ja muokkaus maskulinisoivaa hormonihoidoa (FTM) varten

Testosteronihoidon ehdottomia vasta-aiheita ovat esimerkiksi raskaus, epävakaata sepelvaltimotauti ja hoitamaton polysytemia, jossa hematokriittiarvo on 55 prosenttia tai korkeampi (Carnegie, 2004). Koska testosteronin aromatisointi estrogeeniksi voi lisätä sellaisten potilaiden riskiä, joilla on ollut rintasyöpä tai muu estrogeenistä riippuvainen syöpä (Moore et al., 2003), onkologin kanssa voi olla hyvä neuvotella ennen hormonien aloittamista. Oheissairaudet, joita testosteronin käyttö todennäköisesti pahentaa, tulisi arvioida ja hoitaa mieluiten ennen hormonihoidon aloittamista (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009). Sydän- ja aivoverisuonitauteja sairastavien tulisi neuvotella kardiologin kanssa (Dhejne et al., 2011).

FTM-potilailla on havaittu munasarjojen monirakkulaoireyhtymän (PCOS) yleistymistä myös silloin, kun testosteronia ei käytetä (Baba et al., 2007; Balen, Schachter, Montgomery, Reid & Jacobs, 1993; Bosinski et al., 1997). Vaikka ei ole näyttöä siitä, että PCOS liittyy transsukupuolisen, muunsukupuolisen tai kokemukseltaan tai ilmaisultaan sukupuolinnormeista erottuvan identiteetin kehittymiseen, se liitetään diabeteksen, sydänsairauksien, korkean verenpaineen sekä munasarjojen ja kohdun limakalvon syövän kohonneeseen riskiin (Cattrall & Healy, 2004). PCOS:n merkit ja oireet tulisi arvioida ennen testosteronihoidon aloittamista, sillä testosteroni voi vaikuttaa useisiin näistä sairauksista. Testosteroni voi vaikuttaa sikiön kehitykseen (Physicians' Desk Reference, 2010). Siksi potilaat, jotka ovat vaarassa tulla raskaaksi, tarvitsevat erittäin tehokasta ehkäisyä.

Lähtötilanteen laboratorioarvot ovat tärkeitä sekä alustavan riskien arvioinnin että mahdollisten tulevien haittavaikutusten arvioinnin kannalta. Alustavien laboratoriokokeiden tulee perustua taulukossa 2 esitettyihin maskulinisoivan hormonihoidon riskeihin sekä potilaan yksilöllisiin riskitekijöihin, kuten sukuhistoriaan. Ehdotukset alustavista laboratoriopaneeleista on julkaistu (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009). Näitä voidaan muokata potilaita tai rajoitettujen resurssien terveydenhoitojärjestelmiä ja muutoin terveitä potilaita varten.

Hormonihoidon aikainen tehokkuuden ja haittavaikutusten kliininen seuranta

Hormonien käytön aikaisen kliinisen seurannan tarkoitus on arvioida feminisaation tai maskulinisaation astetta ja lääkehoidon mahdollisia haittavaikutuksia. Kuten myös muiden pitkäaikaislääkitysten yhteydessä, tässäkin tapauksessa seuranta on tärkeää liittää osaksi kattavaa terveydenhoitoa. Ehdotetut kliiniset seurantaprotokollat on julkaistu (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009). Potilaita, joilla on oheissairauksia, on ehkä seurattava tiheämmin. Syrjäisten tai niukkaresurssisten alueiden terveillä potilailla saattaa olla mahdollisuus käyttää vaihtoehtoisia strategioita, kuten etäterveydenhoitoa, tai tehdä yhteistyötä paikallisten ammattilaisten, kuten sairaanhoitajien ja lääkärin avustajien kanssa. Muiden hoidonaiheiden puuttuessa terveydenhoidon ammattilaiset voivat asettaa etusijalle niiden riskien seurannan, joita hormonihoito todennäköisesti lisää tai joita se lisää mahdollisesti, mutta jotka ovat luonteeltaan kliinisesti vakavia.

Feminisoivan hormonihoidon (MTF) tehokkuus ja riskien seuranta hormonihoidon aikana

Kliininen vaste on paras tapa arvioida hormonien tehokkuutta: kehittykö potilaalle feminiininen vartalo ja vähenevätkö maskuliiniset ominaisuudet potilaan sukupuolitavoitteiden mukaisesti? Jotta pystytään nopeammin ennustamaan kliinisen vasteen tuottavat hormonianokset, jarruttamisen testosteronitasot voidaan mitata siten, että tavoitteena on naisen normaalin testosteronitason ylärajaa alhaisemmat tasot, ja estrogeenitasot siten että tavoitteena on premenopausaalisen naisen normaalin vaihtelualueen sisällä olevat tasot, erityisesti välttämättä suprafysiologisia tasoja (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009).

Haittavaikutuksia tulisi seurata sekä kliinisesti että laboratorionkokein. Seurannassa tulisi arvioida huolellisesti sydämen ja verisuonten häiriöt ja laskimotromboembolia (VTE) mittaamalla verenpaine, paino ja pulssi, tutkimalla sydän ja keuhkot sekä tutkimalla raajat perifeerisen ödeeman, paikallisen turvotuksen ja kivun varalta (Feldman & Safer, 2009). Laboratorioseurannan tulisi perustua edellä mainittuihin hormonihoitoon riskien, potilaan yksilöllisiin oheissairauksiin ja riskitekijöihin sekä itse hormonihoito-ohjelmaan. Ehdotetut laboratoriset seurantaprotokollat on julkaistu (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009).

Maskulinisoivan hormonihoitoon (FTM) tehokkuus ja riskien seuranta hormonihoitoon aikana

Kliininen vaste on paras tapa arvioida hormonien tehokkuutta: kehittykö potilaalle maskuliininen vartalo ja vähenevätkö feminiiniset ominaisuudet potilaan sukupuolitavoitteiden mukaisesti? Hyvä kliininen vaste mahdollisimman vähäisillä riskeillä voidaan saavuttaa pitämällä huolta, että testosteronitasot pysyvät miesten normaalilla vaihtelualueella ja välttämällä suprafysiologisia tasoja (Dahl et al., 2006; Hembree et al., 2009). Potilaan käyttäessä lihaksensisäistä testosteronivalmistetta, osa klinikoista seuraa matalimpia testosteronitasoja ja osa keskitasoja (Dahl et al., 2006; Hembree et al., 2009; Tangpricha, Turner, Malabanan & Holick, 2001; Tangpricha, Ducharme, Barber & Chipkin, 2003).

Haittavaikutuksia tulisi seurata sekä kliinisesti että laboratorionkokein. Seurantaan tulisi sisältyä huolellinen arviointi liiallisen painonnousun, aknen, kohdun tiputteluvuodon ja sydän- ja verisuonitautien merkkien ja oireiden sekä riskialttiiden potilaiden psykiatristen oireiden varalta. Somaattisiin tutkimuksiin tulisi sisältyä verenpaineen, painon ja pulssin mittaaminen sekä ihon, sydämen ja keuhkojen tutkiminen (Feldman & Safer, 2009). Laboratorioseurannan tulisi perustua edellä mainittuihin hormonihoitoon riskien, potilaan yksilöllisiin oheissairauksiin ja riskitekijöihin sekä itse hormonihoito-ohjelmaan. Ehdotuksia laboratorionkokeitä koskevista seurantaprotokollista on julkaistu (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009).

Hormonihoito-ohjelmat

Tähän mennessä ei ole tehty kontrolloituja kliinisiä tutkimuksia, joissa olisi tutkittu femini-soivan tai maskulinisoivan hormonihoito-ohjelman turvallisuutta tai tehokkuutta fyysisen siirtymän tuottamisessa. Tämän seurauksena lääketieteellisessä kirjallisuudessa julkaistujen annosten ja hormonityyppien vaihtelu on merkittävää (Moore et al., 2003; Tangpricha et al.,

2003; van Kesteren, Asscheman, Megens & Gooren, 1997). Lisäksi tiettyjen lääkkeiden saatavuus voi olla rajoittunutta potilaan maantieteellisen sijainnin ja/tai sosioekonomisten tilanteiden vuoksi. Näistä syistä WPATH ei kuvaa tai tue tiettyä feminisoivaa tai maskulinisoivaa hormonihoito-ohjelmaa, vaan tarkastelussa ovat pikemminkin useimmissa julkaistuissa hoito-ohjelmissa käytettävät lääkeluokat ja antoreitit.

Edellä esitetyn mukaisesti eri hoito-ohjelmien yksittäisillä elementeillä on todistettusti turvallisuuseroja. Endocrine Society Guidelines (Hembree et al., 2009) sekä Feldman ja Safer (2009) antavat erityisohjeita hormonityypeistä ja ehdotetuista annosmääristä, joilla tasot voidaan pitää fysiologisten viitearvojen sisällä ja tällä tavalla linjassa potilaan toivoman sukupuolen ilmaisun kanssa (täyden feminisaation tai maskulinisaation tavoitteisiin perustuen). Suositeltavaa on, että hormonihoitoja määräävät lääkärit seuraavat alan tutkimusta ja käyttävät lääkkeitä, jotka mahdollisimman turvallisesti täyttävät potilaan tarpeet paikallisesti saatavilla olevilla valmisteilla.

Feminisoivan hormonihoidon (MTF) hoito-ohjelmat

Estrogeeni

Suun kautta otettavan estrogeenin, erityisesti etinyyliestradiolin, käyttö näyttää lisäävän laskimotromboemolian riskiä. Tämän turvallisuusongelman vuoksi etinyyliestradiolia ei suositella käytettäväksi feminisoivassa hormonihoidossa. Transdermaalista estrogeenia suositellaan potilaille, joilla on laskimotromboemolian riskitekijöitä. Haittavaikutusten riski kasvaa suurempien annosten myötä, etenkin jos saavutetaan suprafysiologinen taso (Hembree et al., 2009). Joillakin potilailla on oheissairauksia, joihin estrogeeni voi vaikuttaa. Heidän tulisi mahdollisuuksien mukaan välttää suun kautta otettavaa estrogeenia ja aloittaa matalilla annoksilla. Osa potilaista ei voi turvallisesti käyttää estrogeenia sellaisina määrinä, että saavutaisi halutut tulokset. Tästä mahdollisuudesta on keskusteltava potilaiden kanssa hyvissä ajoin ennen hormonihoiton aloittamista.

Androgeenia vähentävät lääkkeet (antiandrogeenit)

Estrogeenin ja antiandrogeenin yhdistelmä on tutkituin feminisoivan lääkityksen malli. Eri lääkeryhmiin kuuluvat androgeenia vähentävät lääkkeet vaikuttavat vähentämällä joko endogeenisiä testosteronitasoja tai testosteronin aktiivisuutta. Tällä tavoin ne vähentävät maskuliinisia ominaisuuksia, kuten vartalon karvoitusta. Ne minimoivat testosteronin vähentämiseen tarvittavan estrogeenimäärän ja siten vähentävät suuriannoksiseen eksogeeniseen estrogeeniin liitettyjä riskejä (Prior, Vigna, Watson, Diewold & Robinow, 1986; Prior, Vigna & Watson, 1989).

Tavallisia antiandrogeeneja ovat seuraavat:

- Verenpainetta alentava aine spironolaktoni estää suoraan testosteronin eritystä ja androgeenin sitoutumista androgeenireseptoriin. Verenpainetta ja elektrolyyttejä on seurattava hyperkalemian havaitsemiseksi.

- Syproteroniasetaatti on progestiini, jolla on antiandrogeeninen vaikutus. Tätä lääkettä ei ole hyväksytty Yhdysvalloissa mahdollisen maksatoksisuuden vuoksi, mutta se on laajalti käytössä muualla (De Cuypere et al., 2005).
- GnRH-agonistit (esimerkiksi gosereliini, busereliini ja triptoreliini) GnRH-agonistit ovat lääkkeitä, joiden jatkuvalla annostelulla aiheutetaan gonadotropiinituotannon pieneneminen ja sukurauhasen suppressio. Näin ollen ne estävät sukurauhasten hormonierityksen erittäin tehokkaasti. Tämän ansiosta gonadaalinen esto on erittäin tehokas. Nämä lääkkeet ovat kuitenkin kalliita ja niitä on saatavilla ainoastaan injektioitavina tai implantoitavina.
- 5-alfa-reduktaasi-inhibiittorit (finasteridi ja dutasteridi) estävät testosteronin muuttumisen aktiiviseen muotoonsa, 5-alfa-dihydrotestosteroniksi. Näillä lääkkeillä vähennetään hiustenlähtöä, ja ne vaikuttavat myös kehon karvoitukseen, talirauhasiin ja ihon koostumukseen.

Syproteroni ja spironolaktoni ovat käytetyimmät ja todennäköisesti myös kustannustehokkaimmat antiandrogeenit.

Progestiinit

Syproteronia lukuun ottamatta progestiinien sisällyttäminen feminisoivaan hormonihoitoon on kiistanalaista (Oriol, 2000). Koska progestiinit osallistuvat rintojen kehitykseen solutasolla, jotkut klinikot uskovat, että nämä aineet ovat välttämättömiä rintojen täydellisen kehittymisen kannalta (Basson & Prior, 1998; Oriol, 2000). Feminisaatio-ohjelmien kliinisessä vertailussa havaittiin kuitenkin, että progestiinin lisääminen ei parantanut rintojen kasvua eikä laskenut vapaan testosteronin seerumitasoja (Meyer III et al., 1986). Progestiinien mahdollisista haittavaikutuksista – muun muassa masennuksesta, painonnoususta ja lipidimuutoksista – on huolestuttu (Meyer III et al., 1986; Tangpricha et al., 2003). Progestiinien (erityisesti medroksiprogesteronin) epäillään myös lisäävän rintasyöpäriskiä ja naisten sydän- ja verisuonitautien riskiä (Rossouw et al., 2002). Mikronisoitu progesteroni saattaa olla paremmin siedetty, ja sillä on edullisempi vaikutus lipidiprofiiliin kuin medroksiprogesteronilla (de Lignières, 1999; Fitzpatrick, Pace & Wiita, 2000).

Maskulinisoivan hormonihoidon (FTM) hoito-ohjelmat

Testosteroni

Testosteronia annostellaan yleensä suun kautta, transdermaalisesti tai lihaksensisäisenä injektiona, joskin myös limakalvon läpi imeytyviä ja implanti- muotoisia lääkkeitä on myös saatavilla. Yhdysvaltojen ulkopuolella saatavilla oleva, suun kautta annettava testosteroniundekanoaatti johtaa alhaisempaan seerumin testosteronipitoisuuteen kuin ei-oraaliset valmisteet, eikä se estä kuukautisia yhtä tehokkaasti (Feldman, 2005, huhtikuu; Moore et al., 2003). Käyttäessään lihaksensisäisesti 2–4 viikon välein annosteltavaa testosteronisyypionaatia tai -enantaattia osa potilaista saattaa kokea syklistä vaihtelua vaikutuksissa (esim. väsymystä ja ärtymistä injektioikierron lopussa ja aggressiivisuutta ja avomielisyyttä injektio-kierron

ron lopussa) testosteronitasojen ollessa enimmänsä aikaa fysiologisten pitoisuuksien ylä- tai alapuolella (Jockenhövel, 2004, Dhejne et al., 2011). Tätä voidaan lievittää ottamalla pienempiä annoksia useammin tai käyttämällä päivittäistä transdermaalista valmistetta (Dobs et al., 1999; Jockenhövel, 2004; Nieschlag et al., 2004). Lihaksensisäinen testosteroniudekanoaatti (ei ole tällä hetkellä saatavilla Yhdysvalloissa) ylläpitää vakaata, fysiologista testosteronitasoa noin 12 viikon ajan. Se on ollut tehokas hypogonadismin ja FTM-potilaiden hoidossa (Mueller, Kiesewetter, Binder, Beckmann & Dittrich, 2007; Zitzmann, Saad & Nieschlag, 2006). On saatu näyttöä siitä, että transdermaalisella ja lihaksensisäisellä testosteronilla saavutetaan samanlaisia maskulinisaatiotuloksia. Tosin transdermaaliset valmisteet saattavat toimia hieman hitaammin (Feldman, 2005, huhtikuu). Erityisesti potilaiden ikääntyessä tavoitteena on käyttää mahdollisimman pieniä annoksia, joilla voidaan ylläpitää haluttu kliininen tulos unohtamatta luuntiheyttä.

Muut aineet

Progестиineja, tavallisimmin medroksiprogesteronia, voidaan käyttää lyhyen ajan hormonihoion alkuvaiheessa kuukautisten lopettamiseksi. GnRH-agonisteja voidaan käyttää samaan tarkoitukseen, varsinkin jos kuukautiset itsestään tulevat, ilman taustalla olevaa gynekologista sairautta.

Biologisesti samanarvoiset hormonit ja rinnakkaisvalmisteet

Keskustelu postmenopausaalisessa hormonikorvaushoidossa käytetyistä biologisesti samanarvoisista hormoneista on lisääntynyt. Samalla on lisääntynyt kyseisten valmisteiden käyttäminen myös feminisoivissa ja maskulinisoivissa hormonihoidoissa. Ei ole saatu näyttöä siitä että näiden valmisteiden tehossa tai turvallisuudessa olisi eroa (Sood, Shuster, Smith, Vincent & Jatoi, 2011). Siksi North American Menopause Society -järjestö (2010) ja muut tahot ovat todenneet, että oletettavasti rinnakkaisvalmisteilla, joiden aktiiviset vaikuttavat aineet ovat samat, on samanlainen sivuvaikutusprofiili. WPATH on tästä samaa mieltä.

IX. LISÄÄNTYMISTERVEYS

Useat transsukupuoliset, muunsukupuoliset ja kokemukseltaan tai ilmaisultaan sukupuoli-normeista erottuvat ihmiset haluavat saada lapsia. Koska feminisoiva ja maskulinisoiva hormonihoido vähentävät hedelmällisyyttä (Darney, 2008; Zhang, Gu, Wang, Cui & Bremner, 1999), on suotavaa, että potilaat tekevät hedelmällisyyttä koskevat päätökset, ennen kuin he aloittavat hormonihoidon tai menevät leikkaukseen, jossa poistetaan tai muutetaan sukuelimiä. On tiedossa tapauksia, joissa hormonihoidon tai sukuelinten leikkauksen läpikäyneet ihmiset ovat jälkepäin katuneet, ettei heillä ole enää mahdollisuutta saada geneettisesti omia lapsia (De Sutter, Kira, Verschoor & Hotimsky, 2002).

Terveystenhoidon ammattilaisten – myös hormonihoidoita tai leikkausta suosittlevien mielen-terveysalan ammattilaisten, hormoneja määräävien lääkäreiden ja kirurgien – tulisi keskustella potilaiden kanssa lisääntymisvaihtoehdoista ennen näiden sukupuolidysforiaan tarkoi-

tettujen hoitojen aloittamista. Keskustelua tulisi käydä, vaikka potilas ei itse olisikaan kiinnostunut asiasta hoidon yhteydessä, mikä on tavallista varsinkin nuorten potilaiden kohdalla (De Sutter, 2009). Olisi suotavaa käydä nämä keskustelut varhaisessa vaiheessa, vaikkei se aina ole mahdollista. Jos potilas ei ole vielä käynyt läpi sukupuolienkorjausleikkausta, on mahdollista lopettaa hormonihoito siten, että omien sukurauhasten sukuhormonituotanto käynnistyy ja sukusolujen muodostus elpyy (Payer, Meyer III & Walker, 1979; Van den Broecke, Van der Elst, Liu, Hovatta & Dhont, 2001).

Sukupuolidysforiaan hoitoja saavienpotilaiden lisääntymisterveydestä on keskusteltu, mutta varsinaista tutkimusta asiasta on tehty vähän. Syöpäpotilaat ovat potilasryhmä, joiden lisääntymisterveys on vaarassa pahanlaatuisen sairauden vuoksi tehtävien leikkausten ja hoitojen vuoksi. Tämän potilasryhmän hedelmällisyyden säilyttämisestä kertynyttä tietoa voidaan soveltaa sukupuolidysforiasta kärsiviin.

Erityisesti lapsettomille MTF-potilaille tulisi kertoa siemennesteen säilyttämismahdollisuuksista, ja heitä tulisi rohkaista pakastuttamaan siemennestettään ennen hormonihoitojen aloittamista. Erään tutkimuksen mukaan suurille estrogeeniannoksille altistuneet kivekset elpyivät entiselleen estrogeenin lopettamisen jälkeen (Payer et al., 1979). Toisessa tutkimuksessa jossa selvitettiin MTF-henkilöiden mielipiteitä siemennesteen pakastamisesta. Enemmistö 121 tutkimukseen vastanneesta henkilöstä piti tärkeänä sitä, että terveydenhoidon ammattilaiset tiedottavat siemennesteen pakastusmahdollisuudesta ja tarjoavat tätä potilaille (De Sutter et al., 2002) Siemennestenäyte tulisi antaa ennen hormonihoitojen aloittamista tai lopettamalla aloitettu hormonihoito, kunnes siittiötuotanto toipuu. Siemennesteen pakastamisesta tulisi keskustella myös siinä tapauksessa, että siemenneste on heikkolaatuista. Azoospermisessä tilanteessa aikuisilta voidaan yrittää pakastaa kivesbiopsialla saatuja siittiöitä. Aina tämä ei kuitenkaan onnistu.

Munasolun tai alkion pakastus voivat olla FTM-potilaiden lisääntymisvaihtoehtoja. Jäädetytjen sukusolujen tai alkioiden käyttö myöhemmin voi vaatia sijaissynnyttäjää. Munasarjojen monirakkulaoireyhtymää sairastavilla naisilla tehtyjen tutkimusten mukaan näyttää siltä, että munasarja voi osittain toipua korkeista testosteronitasoista (Hunter & Sterrett, 2000). Testosteronin keskeyttäminen lyhyeksi ajaksi saattaa riittää siihen että munasarjat alkavat taas ovuloida. Todennäköisesti edellä mainittuun vaikuttaa potilaan ikä ja testosteronin käytön pituus. Vaikkei edellä mainitusta ole varsinaisia tutkimusta, FTM potilaat toimivat näin, ja osa on tullut raskaaksi ja synnyttänyt (More, 1998).

Potilaille tulisi kertoa, ettei näitä tekniikoita ole saatavilla kaikkialla ja että ne voivat olla kalliita. Transsukupuolisilta, muunsukupuolisilta ja kokemukseltaan tai ilmaisultaan sukupuolinormeista erottuvilta henkilöiltä ei pitäisi evätä lisääntymismahdollisuuksia mistään syystä.

Erityisen ryhmän muodostavat alle puberteetti-ikäiset tai puberteetti-ikäiset nuoret, joille ei koskaan kehity valmiuksia syntymässä määritellyn sukupuolensa mukaiseen lisääntymiseen jarrutuslääkityksen tai syntymäsukupuolen toisen sukupuolen hormonien vuoksi. Vielä ei ole kehitetty tekniikoita, joiden avulla pystyttäisiin säästämään näiden yksilöiden sukurauhasten toiminta.

X. PUHE- JA ÄÄNITERAPIA SEKÄ LIIKETERAPIA

Sekä sanallinen että sanaton viestintä on tärkeä osa ihmisen käyttäytymistä ja sukupuolen ilmaisua. Transsukupuoliset, muunsukupuoliset ja kokemukseltaan tai ilmaisultaan sukupuolinormeista erottuvat ihmiset saattavat hakea apua puhe- ja ääniasiantuntijalta, jotta he osaisivat kehittää äänensä ominaisuuksia (esimerkiksi äänenkorkeutta, intonaatiota, resonanssia, puheen nopeutta ja sanallista ilmaisua) ja sanattomia viestintämuotoja (esimerkiksi eleitä, asentoja, liikehdintää ja ilmeitä) sellaisiksi, että he tuntisivat olonsa mukavaksi sukupuoli-identiteetissään. Puhe- ja ääniterapia sekä liiketerapia voivat auttaa lievittämään sukupuolidysforiaa ja olla myönteinen ja motivoiva askel kohti sukupuoliroolin ilmaisemista koskevien tavoitteiden saavuttamista.

Transsukupuolisten, muunsukupuolisten ja kokemukseltaan tai ilmaisultaan sukupuolinormeista erottuvien asiakkaiden kanssa työskentelevien puhe- ja ääniasiantuntijoiden pätevyys

Asiantuntijoita voivat olla puheterapeutit ja muut logopedian ammattilaiset. Useimmissa maissa logopedien ammattijärjestö vaatii jäseniltään erityispätevyyttä ja koulutusta. Joissakin maissa valtio säätelee toimintaa myöntämällä ammattioikeuksia ja ylläpitämällä rekistereitä (American Speech-Language-Hearing Association, 2011; Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists; Royal College of Speech Therapists, United Kingdom; Speech Pathology Australia).

Seuraavassa esitellään transsukupuolisten, muunsukupuolisten ja kokemukseltaan tai ilmaisultaan sukupuolinormeista erottuvien asiakkaiden kanssa työskentelevien puhe- ja ääniasiantuntijoiden suositellut vähimmäisedellytykset:

1. Transsukupuolisten, muunsukupuolisten ja kokemukseltaan tai ilmaisultaan sukupuolinormeista erottuvien asiakkaiden viestintätaitojen arvioinnin ja kehittämisen erityiskoulutus ja osaaminen.
2. Perustiedot transihmisten terveydestä, myös feminisaatiota tai maskulinisaatiota varten suoritettavista hormoni- ja leikkaushoidoista sekä erityisistä hoitosuosituksissa kuvatuista transihmisille ominaisista psykososiaalisista tekijöistä, ja tavanomaisten sensitiivisyyskäytäntöjen soveltaminen muun muassa käyttämällä toivottua sukupuolipronominia ja nimeä (Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists; Royal College of Speech Therapists, United Kingdom; Speech Pathology Australia).
3. Transsukupuolisten, muunsukupuolisten ja kokemukseltaan tai ilmaisultaan sukupuolinormeista erottuvien asiakkaiden viestintätaitojen arvioinnin ja kehittämisen täydennyskoulutus. Tähän voi kuulua osallistumista ammattilaisten tapaamisiin, työpajoihin tai seminaareihin tai sukupuoli-identiteetikysymyksiä koskeviin tutkimuksiin, riippumattoman tutkimustyön tekemistä tai mentoroinnin saamista kokeneelta, laillistetulta kliinikolta.

Muut ammattilaiset, kuten lauluvalmentajat, teatterin ammattilaiset, laulunopettajat ja liikunnan asiantuntijat voivat myös toimia arvokkaana apuna. Ihannetilanteessa kyseisillä ammattilaisilla on kokemusta yhteistyöstä logopedien kanssa.

Huomioita arvioinnista ja hoidosta

Puhe- ja ääniterapia sekä liiketerapian kokonaistavoitteena on auttaa asiakkaita mukauttamaan puhettaan ja viestintäänsä sekä turvallisella että autenttisella tavalla. Näin asiakas omaksuu viestintätapoja, jotka sopivat hänen sukupuoli-identiteettiinsä ja heijastavat häntä itseään (Adler, Hirsch & Mordaunt, 2006). On erittäin tärkeää, että puhe- ja ääniasiantuntijat suhtautuvat sensitiivisesti yksilön omiin viestintämieltymyksiin. Viestintä – muun muassa tyyli, puhe ja kielivalinnat – on henkilökohtainen asia. Ketään ei tulisi kehottaa omaksumaan toimintatapoja, joita hän ei tunne omikseen tai jotka eivät tunnu aidoilta. Asiantuntijat voivat parhaiten palvella asiakkaita perehtymällä kaikessa rauhassa näiden sukupuolta koskeviin ongelmiin ja sukupuoliroolin ilmaisun tavoitteisiin (American Speech-Language-Hearing Association, 2011; Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists; Royal College of Speech Therapists, United Kingdom; Speech Pathology Australia).

Potilaat voivat valita viestintätapoja, joita he haluavat toteuttaa sukupuoli-identiteettiinsä mukaisesti. Näihin päätöksiin saa myös tietoa ja tukea puhe- ja ääniasiantuntijalta sekä asiakkaan arvioinnista (Hancock, Krissinger & Owen, 2010). Arviointi sisältää asiakkaan itsearviointia ja asiantuntijan arviointia äänestä, resonanssista, artikulaatiosta, puhekielestä ja sanattomasta viestinnästä (Adler et al., 2006; Hancock et al., 2010).

Puhe- ja äänihoitosuunnitelmat laaditaan tutkimusnäytön, asiantuntijan kliinisen tietämyksen ja kokemuksen sekä asiakkaan omien tavoitteiden ja arvojen perusteella (American Speech-Language-Hearing Association, 2011; Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists; Royal College of Speech Therapists, United Kingdom; Speech Pathology Australia). Hoitotavoitteisiin sisältyvät yleensä äänenkorkeus, intonaatio, äänenvoimakkuus ja painotukset, äänenlaatu, resonanssi, artikulaatio, puhenoisuus, sanallinen ilmaisu, kieli ja sanaton viestintä (Adler et al., 2006; Davies & Goldberg, 2006; de Bruin, Coerts & Greven, 2000; Gelfer, 1999; McNeill, 2006; Oates & Dacakis, 1983). Hoito voi sisältää yksilö- ja/tai ryhmätapaamisia. Hoidon tiheys ja kesto vaihtelevat asiakkaan tarpeiden mukaan. Yksilöllistä hoitosuunnitelmaa laadittaessa voidaan ottaa huomioon myös puheen ja viestinnän hoitoprotokollat (Carew, Dacakis & Oates, 2007; Dacakis, 2000; Davies & Goldberg, 2006; Gelfer, 1999; McNeill, Wilson, Clark & Deakin, 2008; Mount & Salmon, 1988).

Äänen feminisointi tai maskulinisointi sisältää sellaisen äänentuottomekanismien käyttöönoton, joka ei aiemmin ole ollut käytössä. Ehkäisevät toimet ovat välttämättömiä äänen väärinkäytön ja pitkän aikavälin äänivaurioiden välttämiseksi. Kaikissa puhe- ja ääniterapia sekä liiketerapiapalveluissa tulisi siksi ottaa huomioon myös äänen terveys (Adler et al., 2006).

Huomioita äänen feminisaatioleikkauksen jälkeisestä äänen terveydestä

Kuten luvussa XI todetaan, jotkut transsukupuoliset, muunsukupuoliset ja kokemukseltaan tai ilmaisultaan sukupuolinormeista erottuvat ihmiset käyvät läpi äänen feminisaatioleikkauksen. (Ääntä voidaan madaltaa maskulinisoivalla hormonihoitolla, mutta feminisoivilla hormoneilla ei ole vaikutusta aikuisen MTF-potilaan ääneen.) Leikkauksen läpikäyneiden potilaiden mielipiteet tyytyväisyydestä, turvallisuudesta ja pitkän aikavälin parannuksesta vaihtelevat. On suositeltavaa, että äänen feminisaatioleikkauksen läpikäyvät potilaat pyytävät neuvoja myös puhe- ja ääniasiantuntijalta. Tällä tavoin leikkauksesta saadaan mahdollisimman suuri hyöty, ääni pysyy terveenä ja potilas oppii äänenkorkeuteen liittymättömiä viestinnän ominaisuuksia. Ääntä muokkaaviin leikkauksiin tulisi liittyä seurantatapaamisia puhe- ja ääniammatilaisen kanssa, jolle kyseisen maan puheterapeuteista tai logopedeistä vastaavat viranomaiset ovat myöntäneet ammattioikeudet (Kanagalingam et al., 2005; Neumann & Welzel, 2004).

XI. LEIKKAUS

Sukupuolenkorjausleikkaus on tehokas ja lääketieteellisesti välttämätön

Leikkaus – erityisesti sukuelinten leikkaus – on usein viimeinen ja eniten harkintaa vaativa vaihe sukupuolidysforian hoitoprosessissa. Vaikka monet transsukupuoliset, muunsukupuoliset ja kokemukseltaan tai ilmaisultaan sukupuolinormeista erottuvat ihmiset tuntevat olonsa mukavaksi sukupuoli-identiteetissään ja -roolissaan sekä sukupuolen ilmaisussaan ilman leikkausta, monille muille leikkaus on tärkeä ja lääketieteellisesti välttämätön tapa lievittää sukupuolidysforiaa (Hage & Karim, 2000). Jälkimmäisen ryhmän sukupuolidysforiaa ei pystytä lievittämään ilman ensi- ja/tai toissijaisten sukupuolitunnusmerkkien muokkausta, jonka avulla fyysisistä ominaisuuksista saadaan yhdenmukaisempia sukupuoli-identiteetin kanssa. Lisäksi leikkaus voi auttaa potilaita tuntemaan olonsa rentoutuneemmaksi seksikumppaneiden kanssa tai julkisilla paikoilla, kuten lääkäreiden vastaanotoilla, uimahalleissa tai kuntosalilla. Joissain tapauksissa leikkaus saattaa vähentää haittoja tilanteissa, joissa henkilö pidätetään tai joissa poliisi tai muu viranomainen etsii häntä.

Seurantatutkimukset ovat osoittaneet, että sukupuolenkorjausleikkauksella on kiistattoman suotuisa vaikutus postoperatiivisiin tuloksiin, kuten subjektiiviseen hyvinvointiin, kehon esteettisyyteen ja seksuaaliseen toimintaan (De Cuypere et al., 2005; Gijs & Brewaeys, 2007; Klein & Gorzalka, 2009; Pfäfflin & Junge, 1998). Liitteessä D on yhteenveto leikkaustoimenpiteiden tuloksista.

Sukupuolenkorjausleikkausta koskevat eettiset kysymykset

Tavallisesti kirurgiassa poistetaan patologisia kudoksia häiriintyneiden toimintojen palauttamiseksi tai muutetaan kehon ominaisuuksia potilaan itsetunnon parantamiseksi. Jotkut ihmiset, joihin kuuluu myös terveydenhoidon ammattilaisia, vastustavat sukupuolidysforian

hoitamista leikkauksella eettisten syiden vuoksi, koska nämä edellytykset eivät heidän mielestään täyty.

On tärkeää, että sukupuolidysforiaa kokevia potilaita hoitavat terveydenhoidon ammattilaiset ovat sinut sen kanssa, että anatomisesti normaaleja rakenteita muokataan. Jotta terveydenhoidon ammattilaiset voivat ymmärtää, kuinka leikkaus voi lievittää sukupuolidysforiaa kokevien ihmisten pahan olon tunnetta ja ahdistusta, heidän tulisi kuunnella potilaidensa kertomuksia oireista, ongelmista ja elämästä. Jos terveydenhoidon ammattilainen vastustaa leikkausta Hippokrateen valaan (”Primum non nocere”, ”Älä vahingoita”) perustuvista eettisistä syistä, tätä tulisi kunnioittaa ja asiasta tulisi keskustella. Samalla ammattilainen voisi tarttua tilaisuuteen, jossa oppisi potilaalta itseltään, miltä sukupuolidysforian aiheuttama ahdistus tuntuu ja millaista harmia koituu, kun ei saa tarvitsemaansa hoitoa.

Sukupuolidysforian lievittämiseksi tehtävät sukuelin- ja rintaleikkaushoidot eivät ole tavallisia elektiivisiä toimenpiteitä. Tyypillisiin elektiivisiin toimenpiteisiin sisältyy ainoastaan yksityinen, potilaan ja kirurgin välinen suostumussopimus. Sukuelin- ja rintaleikkauksia voidaan pitää lääketieteellisesti välttämättöminä hoitokeinoina sukupuolidysforiaan vasta sitten, kun pätevät mielenterveysalan ammattilaiset ovat arvioineet potilaan hoitosuosituksen luvun VII mukaisesti. Kirurgiset toimenpiteet voidaan tehdä, kun arvioinnista on saatu kirjallinen asiakirja ja kun henkilö täyttää tietyn kirurgisen leikkauksen edellytykset. Toimenpiteen jälkeen mielenterveysalan ammattilaiset, kirurgit ja potilaat jakavat yhdessä vastuun päätöksestä, joka muuttaa kehoa peruuttamattomasti.

On epäeettistä kieltää hoito tai kelpoisuus sukupuolenkorjausleikkaukseen pelkästään verinfektioiden (esimerkiksi HIV:n tai hepatiitti C:n tai B:n) aiheuttaman veren seropositiivisuuden vuoksi.

Kirurgien suhde mielenterveysalan ammattilaisiin, hormoneja määrääviin lääkäreihin (soveltuviissa tapauksissa) ja potilaisiin (tietoinen suostumus)

Kirurgin rooli sukupuolidysforian hoidossa ei ole pelkästään tekninen. Tunnollinen kirurgi nimittäin ottaa selvää jokaisen potilaan historiasta ja leikkauslähetteen taustalla olevista perusteluista. Tästä syystä kirurgin on keskusteltava perusteellisesti potilaansa kanssa ja tehtävä tiivistä yhteistyötä tämän hoitoon osallistuneiden terveydenhoidon ammattilaisten kanssa.

Konsultointi on helppoa, kun kirurgi toimii osana monialaista terveydenhoitotiimiä. Jos tällaista tiimiä ei ole, kirurgin pitää pystyä luottamaan siihen, että lähetteen tehnyt mielenterveysalan ammattilainen – ja soveltuviissa tapauksissa myös hormonit määrännyt lääkäri – on pätevä arvioimaan ja hoitamaan sukupuolidysforiaa, koska kirurgi on vahvasti hänen ammatitaitonsa varassa.

Kun kirurgi on vakuuttunut siitä, että leikkausta koskevat (jäljempänä kuvatut) edellytykset täyttyvät, hänen on harkittava kirurgista hoitoa ja toteutettava konsultaatio ennen leikkausta. Konsultaation aikana leikkauksesta ja sen jälkeisestä ajasta tulisi keskustella perusteellisesti potilaan kanssa. Kirurgi on velvollinen keskustelemaan kaikista seuraavista asioista sukupuolidysforian vuoksi leikkaukseen hakeutuvan potilaan kanssa:

- käytettävissä olevat erilaiset kirurgiset menetelmät (sekä mahdollisuus tehdä lähete muita menetelmiä tarjoavalle kollegalle)
- kunkin menetelmän hyödyt ja haitat
- tietyn menetelmän rajoitukset ihannetulosten saavuttamisessa: kirurgien tulisi esitellä potilailleen useita ennen-jälkeen-kuvia aiempien potilaidensa sekä onnistuneista että epäonnistuneista lopputuloksista
- eri menetelmien luontaiset riskit ja mahdolliset komplikaatiot: kirurgin tulee ilmoittaa potilaalle, miten suuri osa hänen potilaistaan on saanut komplikaatioita kutakin menetelmää käytettäessä.

Nämä keskustelut luovat pohjan tietoisin suostumuksen prosessille. Tietoinen suostumus on kirurgisen toimenpiteen eettinen ja juridinen edellytys. On erittäin tärkeää varmistaa, että potilaalla on realistiset odotukset leikkaustuloksista. Tällä tavalla sukupuolidysforiaa on mahdollista lievittää.

Kaikki nämä tiedot olisi toimitettava potilaalle kirjallisesti hänen hyvin hallitsemallaan kielellä ja kuvin varustettuna. Potilaan tulisi saada tiedot etukäteen (mahdollisesti internetin kautta), ja hänelle tulisi antaa aikaa tutustua tietoihin huolellisesti. Tietoisin suostumuksen elementtejä on aina käsiteltävä kasvokkain ennen kirurgista toimenpidettä. Silloin on hyvä tilaisuus esittää kysymyksiä, ja potilas voi antaa tietoisin suostumuksensa kirjallisesti. Koska nämä leikkaukset ovat peruuttamattomia, tulisi varmistaa, että potilaalla on riittävästi aikaa sisäistää tiedot kokonaan ennen tietoisin suostumuksen antamista. Aikaa on oltava vähintään 24 tuntia.

Kirurgin tulee hoitaa potilasta heti leikkauksen jälkeen ja neuvotella potilasta jatkossa hoitavien muiden lääkäreiden kanssa. Potilaan tulisi tehdä yhteistyötä kirurgin kanssa, jotta he voisivat laatia hoitosuunnitelman leikkauksen jälkeiselle ajalle.

Yhteenveto sukupuolidysforiaa kokevien potilaiden hoitamiseen tarkoitetuista kirurgisista toimenpiteistä

MTF-potilaille eli transnaisilla voi olla seuraavanlaisia kirurgisia toimenpiteitä:

1. rintaleikkaukset: rintoja suurentava mammoplastia (implantit/rasvansiirto)
2. sukuelinten leikkaukset: penektomia (peniksen poisto), kivesten poisto, vaginoplastia, klitoroplastia, vulvoplastia
3. muiden kuin sukuelinten tai rintojen kirurgiset toimenpiteet: kasvojen feminisaatioleikkaus, rasvaimu, rasvansiirto, ääntä muokkaava leikkaus, kilpiruston vähentämi-

nen, gluteaalinen augmentaatio (implantit/rasvansiirto), hiusleikkaukset ja erilaiset esteettiset toimenpiteet.

FTM-potilailla eli transmiehillä voi olla seuraavanlaisia kirurgisia toimenpiteitä:

1. rintaleikkaukset: ihonalainen rintojen poisto ja miehen rintakehän luominen
2. sukuelinten leikkaukset: kohdunpoisto, munanjohdinten ja munasarjojen poisto, virtsaputken kiinteän osan rekonstruktio, joka voidaan toteuttaa metoidioplastialla tai falloplastialla (käyttämällä varsitettua tai vapaata verisuonitettua läppää), vaginektomia, skrotoplastia sekä erektio- ja/tai kivesproteesien asentaminen
3. muiden kuin sukuelinten tai rintojen kirurgiset toimenpiteet: ääntä muokkaava leikkaus (harvinainen), rasvaimu, rasvansiirto, rintalihasimplantit ja erilaiset esteettiset toimenpiteet.

Korjaava versus esteettinen kirurgia

Kysymys siitä, onko sukupuolenkorjausleikkausta pidettävä esteettisenä vai korjaavana leikkauksena, ei ole pelkästään filosofinen vaan myös taloudellinen. Esteettistä tai kosmeettista leikkausta ei enimmäkseen pidetä lääketieteellisesti välttämättömänä, minkä vuoksi potilas maksaa sen yleensä kokonaan itse. Sen sijaan korjaavia toimenpiteitä pidetään lääketieteellisesti välttämättöminä ja niiden hoitotuloksia kiistattomina. Siksi kansalliset terveysjärjestelmät tai vakuutusyhtiöt korvaavat ne yleensä osittain tai kokonaan.

Valitettavasti plastiikkakirurgian ja korjaavan kirurgian alalla (sekä yleisesti että erityisesti sukupuoleen liittyvissä leikkauksissa) ei ole tehty selvää eroa pelkästään korjaavan ja pelkästään kosmeettisen kirurgian välille. Useimmat plastiikkakirurgiset toimenpiteet ovat yleensä sekoitus sekä korjaavia että kosmeettisia komponentteja.

Vaikka useimmat ammattilaiset ovat yhtä mieltä siitä, ettei sukuelinten leikkausta ja rintojen poistoa voida pitää täysin kosmeettisina toimenpiteinä, mielipiteet poikkeavat siinä, missä määrin muita kirurgisia toimenpiteitä (esimerkiksi rintojen suurentamista ja kasvojen feminisaatioleikkausta) voidaan pitää puhtaasti korjaavina toimenpiteinä. Vaikkakin falloplastiaa tai vaginoplastiaa voi muita toimenpiteitä helpommin pitää elinikäisen kärsimyksen lopettavina toimenpiteinä, jollekin potilaalle esimerkiksi nenäleikkauksella voi olla merkittävä ja pysyvä vaikutus elämänlaatuun. Tällöin sen voidaan katsoa olevan hänelle lääketieteellisesti paljon tarpeellisempaa kuin jollekin toiselle, joka ei koe sukupuolidysforiaa.

Kirurgisten toimenpiteiden edellytykset

Kuten muutkin hoitosuositukset, myös sukupuolidysforian hoitoon tarkoitettujen kirurgisten toimenpiteiden aloittamisen edellytykset on laadittu potilaiden optimaalisen hoidon edistämiseksi. Vaikka hoitosuositukset mahdollistavat yksilöllisen lähestymistavan, joka parhaiten

vastaa potilaan terveydenhoidon tarpeita, rinta- ja sukuelinkirurgian edellytyksenä on pätevän mielenterveysalan ammattilaisen todistus pysyvästä sukupuolidysforiasta. Joidenkin leikkauksien lisäedellytyksenä on feminisoivan tai maskulinisoivan hormonihoidon valmistelu ja toteuttaminen sekä vuoden yhtäjaksoinen eläminen potilaan sukupuoli-identiteettiä vastaavassa sukupuoliroolissa.

Edellytykset on kuvattu jäljempänä. Käytettävissä olevan näytön ja asiantuntijoiden klinisen yhteisymmärryksen perusteella eri leikkauksista tehdään erilaisia suosituksia.

Hoitosuosituksissa ei määritetä järjestystä, jossa erilaiset leikkaukset tulisi tehdä. Kirurgisten toimenpiteiden määrä ja järjestys voivat vaihdella potilaan yksilöllisten klinisten tarpeiden mukaan.

Rintaleikkauksen edellytykset (yksi lähete)

Rintojen poiston ja miehen rintakehän luomisen edellytykset FTM-potilaille:

1. pysyvä ja hyvin dokumentoitu sukupuolidysforia
2. kyky tehdä tietoon perustuva päätös ja antaa suostumus hoitoon
3. täysi-ikäisyyden raja kyseisessä maassa (nuoremman potilaan kanssa on noudatettava lapsille ja nuorille tarkoitettuja hoitosuosituksia)
4. mahdollisten merkittävien terveys- tai mielenterveysongelmien kohtuullinen hoitotasapaino.

Hormonihoito ei ole ennakkoehto.

Rintojen suurentamisen (implantit/rasvansiirto) edellytykset MTF-potilaille:

1. pysyvä ja hyvin dokumentoitu sukupuolidysforia
2. kyky tehdä tietoon perustuva päätös ja antaa suostumus hoitoon
3. täysi-ikäisyyden raja kyseisessä maassa (nuoremman potilaan kanssa on noudatettava lapsille ja nuorille tarkoitettuja hoitosuosituksia)
4. mahdollisten merkittävien terveys- tai mielenterveysongelmien kohtuullinen hoitotasapaino.

Vaikka feminisoiva hormonihoito ei olekaan ennakkoehto, on suositeltavaa, että MTF-potilaat käyvät läpi vähintään 12 kuukauden hormonihoidon ennen rintojen suurentamisleikkausta. Tavoitteena on maksimoida rintojen kasvu parhaiden (esteettisten) leikkaustulosten takaamiseksi.

Sukuelinten leikkauksen edellytykset (kaksi lähetettä)

Sukuelinten leikkauksen edellytykset määräytyvät halutun leikkaustyyppin mukaan.

FTM-potilaiden kohdunpoiston sekä munanjohdinten ja munasarjojen poiston ja MTF-potilaiden kivesten poiston edellytykset:

1. pysyvä ja hyvin dokumentoitu sukupuolidysforia
2. kyky tehdä tietoon perustuva päätös ja antaa suostumus hoitoon

3. täysi-ikäisyyden raja kyseisessä maassa
4. mahdollisten merkittävien terveys- tai mielenterveysongelmien hyvä hoitotasapaino
5. jatkuva hormonihoito 12 kuukauden ajan potilaan sukupuolitavoitteiden mukaisesti (ellei potilaalla ole kliinistä syytä olla ottamatta hormoneja)

Sukurauhasten poistoleikkausta edeltävän hormonihoidon tarkoitus on ensisijaisesti toteuttaa vielä peruttavissa oleva estrogeenin tai testosteronin tuotannon estäminen, ennen kuin potilaalle tehdään peruuttamaton leikkaus.

Nämä edellytykset eivät koske potilaita, joille kyseiset toimenpiteet tehdään sukupuolidysforiaan liittymättömistä lääketieteellisistä syistä.

FTM-potilaiden metoidioplastian tai falloplastian ja MTF-potilaiden vaginoplastian edellytykset:

1. pysyvä ja hyvin dokumentoitu sukupuolidysforia
2. kyky tehdä tietoon perustuva päätös ja antaa suostumus hoitoon
3. täysi-ikäisyyden raja kyseisessä maassa
4. mahdollisten merkittävien terveys- tai mielenterveysongelmien hyvä hoitotasapaino
5. jatkuva hormonihoito 12 kuukauden ajan potilaan sukupuolitavoitteiden mukaisesti (ellei potilaalla ole kliinistä syytä olla ottamatta hormoneja)
6. eläminen sukupuoli-identiteettiä vastaavassa sukupuoliroolissa 12 peräkkäisen kuukauden ajan.

Vaikka kyse ei olekaan nimenomaisesta edellytyksestä, on suositeltavaa, että nämä potilaat käyvät säännöllisesti mielenterveysalan tai muun terveydenhoidon ammattilaisen vastaanotolla.

Perusteet leikkausta edeltävälle 12-kuukautiselle jaksolle identiteettiä vastaavassa sukupuoliroolissa

Edellä mainittu sukuelinten tietäntyyppisten leikkausten edellytys – eläminen sukupuoli-identiteettiä vastaavassa sukupuoliroolissa 12 peräkkäisen kuukauden ajan – perustuu asiantuntijoiden kliiniseen yhteisymmärrykseen siitä, että tämä kokemus tarjoaa potilaille runsaasti mahdollisuuksia kokeilla haluamaansa sukupuoliroolia ja sopeutua siihen sosiaalisesti ennen peruuttamatonta leikkausta. Kuten luvussa VII todettiin, sukupuoliroolin muuttamiseen liittyvät sosiaaliset ongelmat ovat usein haastavia – ja monesti vaikeampia kuin fyysiset ongelmat. Sukupuoliroolin muuttamisella voi olla perustavanlaatuisia henkilökohtaisia ja sosiaalisia seurauksia, joten päätös roolin muuttamisesta olisi tehtävä tietoisena siitä, millaisia perhe-elämään, ihmissuhteisiin, koulutukseen, työelämään sekä taloudellisiin ja oikeudellisiin seikkoihin liittyviä haasteita on odotettavissa. Tällä tavoin uudessa sukupuoliroolissa eläminen voi onnistua. Pätevän mielenterveysalan ammattilaisen ja vertaisten tuki voi olla korvaamattoman arvokas voimavara, jonka avulla sopeutuminen uuteen sukupuolirooliin voi onnistua (Bockting, 2008).

Edellä mainitun 12 kuukauden ajanjakson aikana potilaalle kertyy erilaisia kokemuksia ja tapahtumia eri vuodenaajoilta (esimerkiksi perhetapaamisia, lomiam, vuodenaikaan liittyviä töitä tai koulukokemuksia). Tänä aikana potilaan tulisi johdonmukaisesti elää haluamassaan

sukupuoliroolissa, joka päivä ja kaikissa elinympäristöissä. Tähän sisältyy sukupuoli-identiteetin paljastaminen kumppaneille, perheelle, ystäville ja yhteisön jäsenille (esimerkiksi koulussa, työpaikalla ja muissa ympäristöissä).

Terveystieteiden ammattilaisten tulisi kirjata potilaan sukupuoliroolia koskevat kokemukset selvästi potilastietoihin. Tietoihin tulisi sukuelinten kirurgiaa valmistelevia tahoja varten kirjata muun muassa päivämäärä, jolloin potilas on alkanut elää haluamassaan sukupuoliroolissa. Joissakin tilanteissa terveydenhoidon ammattilaiset voivat tarvittaessa pyytää varmistusta siitä, että tämä edellytys täyttyy. He voivat esimerkiksi olla yhteydessä ihmisiin, jotka ovat olleet tekemisissä identiteettiään vastaavassa sukupuoliroolissa eläneen potilaan kanssa, tai pyytää asiakirjoja virallisesta nimen ja/tai sukupuolen muutoksesta, jos sellainen on tehty.

Psykoottisia häiriöitä tai muita vakavia mielenterveyshäiriöitä sairastavien ihmisten kirurgiset toimenpiteet

Kun sukupuolidysforiaa kokevalla potilaalla diagnosoidaan lisäksi jokin vakava psykiatrinen sairaus ja heikentynyt todellisuudentaju (esimerkiksi psykoottisia jaksoja, kaksisuuntainen mielialahäiriö, dissosiativinen identiteettihäiriö tai rajatilapersoonallisuushäiriö), näitä sairauksia olisi pyrittävä parantamaan psykenlääkkeillä ja/tai psykoterapialla ennen leikkauksen harkitsemista (Dhejne et al., 2011). Psykoottisten sairauksien arvioinnissa ja hoidossa pätevän mielenterveysalan ammattilaisen on arvioitava potilaan mielenterveys uudelleen ennen leikkausta, ja tällöin on määritettävä potilaan mielentila ja valmius leikkaukseen. On suositeltavaa, että arvioinnin tekevä mielenterveysalan ammattilainen tuntee potilaan. Leikkausta ei tule tehdä, jos potilas on edelleen psykoottinen (De Cuypere & Vercruyssen, 2009).

Rinta- tai sukuelinten leikkauksia tekevien kirurgien pätevyys

Sukupuolidysforian hoitoon tarkoitettuja kirurgisia toimenpiteitä tekevien lääkäreiden pitäisi olla urologeja, gynekologeja, plastiikkakirurgeja tai yleiskirurgeja, ja heillä tulee olla kyseisessä roolissa kansallisen ja/tai alueellisen elimen myöntämät ammattioikeudet. Kirurgeilla tulisi olla erityisosaamista sukuelinten korjaavista toimenpiteistä, ja tämä tulisi osoittaa todistuksella koulutuksesta kokeneemman kirurgin valvonnassa. Jopa kokeneiden kirurgien on suositeltavaa siihen, että kollegat arvioivat heidän taitojaan. Leikkaustulosten virallinen auditointi ja auditoinnin tulosten julkaiseminen auttaisivat sekä lähetteen tekeviä terveydenhoidon ammattilaisia että potilaita. Kirurgien tulisi säännöllisesti osallistua alan tapaamisiin, joissa esitellään uusia menetelmiä. Potilaat käyttävät usein tehokkaasti internetiä kirurgeja ja heidän tiimejään koskevien kokemusten jakamiseen.

Ihannetilanteessa kirurgi tuntee useamman kuin yhden sukuelimiä korjaavan menetelmän, jotta hän voi yhdessä potilaan kanssa valita juuri tälle sopivan menetelmän. Jos taas kirurgi hallitsee vain yhden menetelmän ja kyseinen menetelmä joko ei sovellu potilaan tapaukseen tai potilas ei halua sitä, kirurgin tulisi kertoa potilaalle muista menetelmistä ja tarjota lähetettyä toiselle osaavalle kirurgille.

Rintaleikkausmenetelmät ja niihin liittyvät komplikaatiot

Vaikka rintojen tai rintakehän ulkonäkö on tärkeä toissijainen sukupuolitunnusmerkki, rintojen olemassaolo tai koko ei sisälly sukupuolen lakimääritelmiin eivätkä ne ole välttämättömiä lisääntymisen kannalta. Sukupuolidysforian hoitomuodoksi tarkoitettua rintaleikkausta tulisi harkita yhtä huolellisesti kuin hormonihoiton aloittamista, koska molemmat aiheuttavat keholle suhteellisen peruuttamattomia muutoksia.

MTF-potilailla rintojen suurentaminen (jota kutsutaan joskus rintojen korjaamiseksi) ei poikkea toimenpiteestä, joka tehdään syntymässä naiseksi määritellyille. Se tehdään yleensä asentamalla rintaproteesit tai toisinaan rasvansiirtomenetelmällä. MTF-potilaiden rintoja suurentavan mammaplastian harvinaisia komplikaatioita ovat infektiot ja kapsulaarinen fibroosi (Kanhai, Hage, Karim & Mulder, 1999).

FTM-potilaat voivat puolestaan poistaa rintansa (mastektomia) tai käydä toimenpiteessä, jossa rintakehästä muotoillaan miehen rintakehä. Useat FTM-potilaat eivät käy läpi muita kirurgisia toimenpiteitä. Kun poistetun rintakudoksen määrä vaatii ihonpoistoa, syntyy arpi. Tästä tulee kertoa potilaalle. Ihonalaisen mastektomian komplikaatioita saattavat olla nänninekroosi, muotojen epäsäännöllisyys ja ruma arpeutumisen (Monstrey et al., 2008).

Sukuelinten leikkausmenetelmät ja niihin liittyvät komplikaatiot

MTF-potilaiden sukuelinten leikkausmenetelmiä ovat esimerkiksi kivesten poisto, penektomia (peniksen poisto), vaginoplastia, klitoroplastia sekä labiaplastia. Menetelmiin kuuluvat peniksen ihon kääntäminen, varsitettu kolosigmoidinen siirre ja vapaan nahan siirto neovaginaaliseen linjaan. Seksuaalinen aistimus on yksi vaginoplastian tärkeimmistä tavoitteista. Tärkeää on myös luoda toimiva vagina ja hyväksyttävä esteettinen tulos.

MTF-potilaiden sukuelinten leikkausten komplikaatioihin saattavat kuulua vaginan tai labian (häpyhuulten) kokonainen tai osittainen nekroosi, vaginan ja virtsarakon tai suolen väliset fistelit, virtsaputken ahtauma ja yhdyntään liian lyhyt tai pieni vagina. Vaikka neovaginan luomisen kirurgiset menetelmät ovat erittäin toimivia ja niiden lopputulos on esteettisesti hyvä, toimenpiteen jälkeen raportoidaan esiintyvän anorgasmiaa, ja toisen vaiheen labiaplastiaa saatetaan tarvita esteettisen lopputuloksen saavuttamiseksi (Klein & Gorzalka, 2009; Lawrence, 2006).

FTM-potilaiden sukuelinten leikkausmenetelmiä ovat esimerkiksi kohdunpoisto, munanjohdinten ja munasarjojen poisto, vaginektomia, metoidioplastia, skrotoplastia, urettoplastia, kivesproteesin asettaminen ja falloplastia. Jos potilaalle ei ole aiemmin tehty vatsaontoleikkausta, kohdunpoisto sekä munanjohdinten ja munasarjojen poisto suositellaan tehtäväksi laparoskooppisella menetelmällä alavatsan arven välttämiseksi. Vaginan kautta suoritettava toimenpide on hankala, sillä useimmat potilaat eivät ole synnyttäneet eivätkä välttämättä myöskään kokeneet yhdyntää. Nykyisin falloplastisia leikkausmenetelmiä on erilaisia. Anatomiset tai kirurgiset näkökohdat ja asiakkaan taloudellinen tilanne voivat rajoittaa menetelmän valintaa. Jos falloplastian tavoitteisiin kuuluvat neofaloksen hyvä ulkonäkö, mahdol-

lisuus virtsata seisten, seksuaalinen aistimus ja/tai yhdyntäkyky, potilaalle tulisi kertoa selvästi, että leikkausvaiheita on useita ja lisäleikkauksiin johtavia teknisiä vaikeuksia esiintyy usein. Jopa metoidioplastia – joka on teoriassa yksivaiheinen toimenpide mikrofalloksen (mikropenis) luomiseksi – vaatii usein enemmän kuin yhden toimenpiteen. Tällä menetelmällä ei voida aina taata, että potilas voi virtsata seisten (Monstrey et al., 2009).

FTM-potilaiden falloplastiaan liittyviä komplikaatioita voivat olla virtsateiden ahtaumat ja fistelit sekä joskus neofalloksen nekroosi. Metoidioplastian tuloksena on mikropenis, jolla potilas ei voi virtsata seisten. Varsitettua tai vapaata verisuonitettua läppää käyttämällä tehtävä falloplastia on pitkä ja monivaiheinen toimenpide, johon liittyy merkittäviä ongelmia, kuten virtsarakon komplikaatioita ja luovuttaja-alueen väistämätöntä arpeutumista. Tästä syystä FTM-potilaat eivät monesti käy läpi muita leikkauksia kuin kohdun, munanjohdinten ja munasarjojen poiston (Hage & De Graaf, 1993).

Jopa potilaat, joilla on ollut vakavia leikkauksen jälkeisiä komplikaatioita, katuvat vain harvoin leikkausta. Leikkauksen merkitystä korostaa usein tehty havainto siitä, että leikkaustulosten laatu on yksi sukupuolenkorjauksen onnistumisen tärkeimmistä osatekijöistä (Lawrence, 2006).

Muut leikkaukset

Muita kehon feminisaatioon tähtääviä leikkauksia ovat esimerkiksi kilpirauhasen vähentämisen kondroplastia (aataminomenan pienentäminen), ääntä muokkaava leikkaus, vyötärön imuavusteinen lipoplastia (muotojen muokkaus), nenäleikkaus (nenän korjaus), kasvojen luiden vähentäminen, kasvojen kohotus ja blefaroplastia (silmäluomien uudistaminen). Muita kehon maskulinisaatioon tähtääviä leikkauksia ovat esimerkiksi rasvaimu, rasvansiirto ja rintalihasimplantit. Ääntä madaltava kirurgia on harvinaista, mutta sitä suositellaan joissakin tapauksissa, jos esimerkiksi hormonihoito on ollut tehotonta.

Vaikka nämä leikkaukset eivät vaadikaan mielenterveysalan ammattilaisten lähetettä, tällaisilla ammattilaisilla voi kuitenkin olla merkittävä rooli, kun he auttavat asiakkaitaan tekemään tietoon perustuvia päätöksiä kyseisten leikkausten ajoituksesta ja vaikutuksista sosiaaliseen transiitioon.

Vaikka useimmat näistä leikkauksista luokitellaan yleensä täysin esteettisiksi, samoja toimenpiteitä voidaan vakavaa sukupuolidysforiaa kokevalla potilaalla pitää lääketieteellisesti välttämättöminä hänen kliinisestä tilastaan ja elämäntilanteestaan riippuen. Tämä monitulkintaisuus vastaa kliinisten tilanteiden todellisuutta ja jättää tilaa yksilöllisille päätöksille näiden toimenpiteiden tarpeesta ja toivottavuudesta.

XII. LEIKKAUKSEN JÄLKEINEN HOITO JA SEURANTA

Pitkäaikainen hoito ja seuranta sukupuolidysforian hoitamiseksi tehtyjen kirurgisten toimenpiteiden jälkeen liitetään hyviin kirurgisiin ja psykososiaalisiin tuloksiin (Monstrey et al.,

2009). Seuranta on tärkeää potilaan myöhemmälle fyysiselle ja henkiselle terveydelle. Samalla kirurgi saa tietoa leikkauksen eduista ja rajoituksista. Kun kirurgi hoitaa potilasta, joka tulee pitkän matkan päästä, potilaan hoitosuunnitelmaan tulisi liittää henkilökohtainen seuranta ja pyrkiä järjestämään tämän asuinseudulla kohtuuhintainen pitkäaikainen jälkihoito.

Leikkauksen jälkeen jotkut potilaat saattavat jättäytyä pois erityispalveluita tarjoavien ammattilaisten – kuten mahdollista hormonihoitoa antavien lääkäreiden – seurannasta eivätkä välttämättä ymmärrä, että nämä ammattilaiset osaavat parhaiten estää, diagnosoida ja hoitaa niitä sairauksia, jotka ovat ominaisia hormonein ja leikkauksin hoidetuille potilaille. Seurantarve koskee samalla tavalla myös mielenterveysalan ammattilaisia, joiden kanssa potilaille on usein ollut kaikkein pisin hoitosuhde. Siksi heillä on erinomainen mahdollisuus auttaa potilaita sopeutumaan leikkauksen jälkeiseen tilanteeseen. Terveydenhoidon ammattilaisten tulisi korostaa potilailleen leikkauksen jälkeisen seurannan tärkeyttä ja tarjota jatkuvaa hoitoa.

Leikkauksen jälkeen potilaiden tulisi käydä säännöllisissä lääkärintarkastuksissa ikäluokkansa suositusten mukaisesti. Tätä käsitellään enemmän seuraavassa luvussa.

XIII. ELINIKÄINEN ENNALTAEHKÄISEVÄ HOITO JA PERUSTERVEYDENHOITO

Transsukupuoliset, muunsukupuoliset ja kokemukseltaan tai ilmaisultaan sukupuolinormeista erottuvat ihmiset tarvitsevat terveydenhoitoa koko ikänsä. Välttääkseen esimerkiksi suhteellisen nuorena tehdyn sukurauhasten poiston ja/tai pitkäaikaisen suuriannoksisen hormonihoiton negatiiviset sivuvaikutukset potilaat tarvitsevat perusterveydenhoidon ja transihmisten terveydenhoidon ammattilaisten perusteellista hoitoa. Jos yksi ammattilainen ei pysty tarjoamaan kaikkia palveluita, eri osapuolten on ylläpidettävä jatkuvaa keskinäistä viestintää.

Perusterveydenhoitoon ja terveyden ylläpitoon liittyviä asioita tulisi käsitellä ennen potilaan sukupuoliroolin muuttamista ja sukupuolidysforian hoitamista lääketieteellisillä toimenpiteillä sekä myös näiden toimien aikana ja niiden jälkeen. Vaikka hormonihoiton antajat ja kirurgit tekevät tärkeää ehkäisevää hoitotyötä, jokaisella transsukupuolisella, muunsukupuolisella ja kokemukseltaan tai ilmaisultaan sukupuolinormeista erottuvalla ihmisellä tulisi olla perusterveydenhoidon ammattilainen, jonka puoleen tämä voi kääntyä yleisissä terveysasioissa (Feldman, 2007).

Yleinen ehkäisevä terveydenhoito

Valtaväestölle kehitetyt seulontaohjeet sopivat elinjärjestelmille, joihin feminisoiva tai maskulinisoiva hormonihoito ei todennäköisesti vaikuta. Kuitenkin esimerkiksi sydän- ja verisuonitautien riskitekijöiden, osteoporoosin ja joidenkin syöpien (rinta-, kohdunkaulan-, munasarja-, kohtu- ja eturauhassyövän) osalta tällaiset yleisohjeet voivat joko yli- tai aliarvioida sen, miten kustannustehokasta on seuloa hormonihoitoa saaneita ihmisiä.

Feminisoivaa tai maskulinisoivaa hormonihoidoa – myös sukupuolenkorjausleikkauksen jälkeen – saavien potilaiden perusterveydenhoitoon on laadittu useita yksityiskohtaisia protokollia (Center of Excellence for Transgender Health, UCSF, 2011; Feldman & Goldberg, 2006; Feldman, 2007; Gorton, Buth & Spade, 2005). Kliinikoiden tulisi perehtyä kansallisiin näyttöön perustuviin ohjeisiin, keskustella seulonnasta potilaidensa kanssa ja kertoa näille hormonihoidojen vaikutuksista perusriskiin.

Syövän seulonta

Sukupuoleen liittyvien elinjärjestelmien syövän seulonta saattaa aiheuttaa erityisiä lääketieteellisiä ja psykososiaalisia haasteita transsukupuolisille, muunsukupuolisille ja kokemukseltaan tai ilmaisultaan sukupuolinormeista erottuville potilaille ja heitä hoitaville terveydenhoidon ammattilaisille. Suurten prospektiivisten tutkimusten puuttuessa terveydenhoidon ammattilaisilla ei todennäköisesti ole riittävästi näyttöä sen määrittämiseen, minkätyyppistä syöpäseulontaa tämä väestönosa tarvitsee ja miten usein. Liikaseulonta aiheuttaa korkeampia terveydenhoidon kustannuksia, suuren määrän vääriä positiivisia ja usein tarpeettoman altistumisen säteilylle ja/tai lääketieteellisille toimenpiteille, kuten biopsialle. Aliseulonta taas viivästyttää mahdollisesti hoidettavissa olevien syöpien diagnosointia. Potilaat saattavat mieltää syöpäseulonnan sukupuolta vahvistavaksi tekijäksi (esimerkiksi MTF-potilaiden mammografia) tai sekä fyysisesti että emotionaalisesti tuskalliseksi (esimerkiksi FTM-potilaille tarkoitetut jatkuvat papakoheet).

Urogenitaalinen hoito

Kumpaakin sukupuolta olevat transsukupuoliset, muunsukupuoliset ja kokemukseltaan tai ilmaisultaan sukupuolinormeista erottuvat ihmiset saattavat tarvita gynekologista hoitoa. FTM-potilaista tällaista hoitoa tarvitsevat lähinnä ne, jotka eivät ole käyneet läpi sukuelinten leikkausta. MTF-potilaat taas tarvitsevat hoitoa sukuelinten leikkauksen jälkeen. Vaikka useat kirurgit kertovat potilailleen leikkauksen jälkeisestä urogenitaalisesta hoidosta, myös perusterveydenhoidon kliinikoiden ja gynekologien tulisi tuntea tämän väestönosan erityiset sukuelimiä koskevat huolenaiheet.

Kaikkien MTF-potilaiden tulisi saada neuvoja sukuelinten hygieniasta, seksuaalisuudesta ja sukupuolitautilien ehkäisemisestä. Lisäksi sukuelinten leikkauksen läpikäyneille tulisi kertoa myös neovaginan dilataation tai yhdyntään säännöllisyyden tarpeesta sen syvyyden ja leveyden säilyttämiseksi (van Trotsenburg, 2009). Miehen lantion anatomian vuoksi neovaginan asento ja ulottuvuudet poikkeavat huomattavasti biologisesta vaginasta. Tämä anatominen ero voi vaikuttaa yhdyntään, jos MTF-potilaat tai heidän kumppaninsa eivät ymmärrä tätä (van Trotsenburg, 2009).

Leikatuilla MTF-potilailla esiintyy usein alempien virtsateiden tulehduksia lyhentyneen virtsarakon vuoksi. Lisäksi nämä potilaat saattavat kärsiä alempien virtsateiden toiminnallisista häiriöistä, jotka ovat aiheutuneet peräsuolen ja virtsarakon välisen dissektion aikana tapah-

tuneesta rakon seinämän autonomisen hermoston vauriosta ja rakon asennon muuttumisesta. Sukupuolenkorjausleikkauksen jälkeen saattaa esiintyä virtsarakon toimintahäiriöitä (esimerkiksi virtsarakon yliaktiivisuutta, rasisusinkontinenssia tai pakkoinkontinenssia) (Hoebeke et al., 2005; Kuhn, Hildebrand & Birkhauser, 2007).

Useimmat FTM-potilaat eivät mene vaginektomiaan (kolpektomiaan). Maskulinisoivia hormoneja käyttävillä potilailla – huolimatta siitä, että huomattava määrä testosteronista muuttuu estrogeeniksi – voidaan havaita säännöllisesti emättimen atrofisia limakalvomuutoksia, jotka saattavat aiheuttaa kutinaa ja polttelua. Tutkiminen voi olla sekä fyysisesti että emotionaalisesti tuskallista, mutta hoidon puute voi pahentaa tilannetta entisestään. FTM-potilaiden intiimivaivoja hoitavien gynekologien tulisi olla tietoisia siitä, että miehen identiteetin ja sukupuolen ilmaisun omaavalle potilaalle voi olla hyvinkin arka asia, että hänellä on naisen sukuelimet.

XIV. Hoitosuosituksen soveltaminen institutionaalisissa ympäristöissä asuviin ihmisiin

Kokonaisuudessaan hoitosuositukset pätevät kaikkiin transsukupuolisiin, muunsukupuolisiin ja kokemukseltaan tai ilmaisultaan sukupuolinormeista erottuviin ihmisiin riippumatta heidän asuinolosuhteistaan. Keneltäkään ei tule estää pääsyä asianmukaiseen hoitoon hänen asuinolosuhteidensa vuoksi, vaikka hän asuisi institutionaalisessa ympäristössä, kuten vankilassa tai pitkä- tai väliaikaisesti hoitolaitoksessa (Brown, 2009). Institutionaalisessa ympäristössä asuvan transsukupuolisen, muunsukupuolisen ja kokemukseltaan tai ilmaisultaan sukupuolinormeista erottuvan ihmisen terveydenhoidon tulisi olla samanlaista kuin mitä hän saisi samassa yhteisössä, jos hän ei asuisi institutionaalisessa ympäristössä.

Kaikki hoitosuosituksissa kuvatut arviointi- ja hoitotoimet voidaan tarjota myös laitoksissa asuville ihmisille (Brown, 2009). Pääsyä näihin lääketieteellisesti välttämättömiin palveluihin ei tulisi estää laitoshoidon tai asumisjärjestelyjen vuoksi. Jos laitoksen omilla tai laitoksen palveluksessa epäsuorasti työskentelevillä terveydenhoidon ammattilaisilla ei ole asian-tuntemusta sukupuolidysforiaa kokevien ihmisten arvioinnista ja/tai hoitamisesta, on parempi konsultoida kyseiseen alaan perehtyneitä ulkopuolisia ammattilaisia.

Laitoksissa asuvilla sukupuolidysforiaa kokevilla ihmisillä voi olla myös muita samanaikaisesti esiintyviä mielenterveysongelmia (Cole et al., 1997). Nämä ongelmat tulisi arvioida ja niitä tulisi hoitaa asianmukaisesti.

Kun ihminen on asianmukaisessa hormonihoitossa laitokseen tullessaan, hänen tulisi saada jatkaa sitä tai samankaltaista hormonihoitoa myös laitoksessa ja sitä tulisi seurata hoitosuosituksen mukaisesti. Hoidon jäädyttämistä siihen tilanteeseen, joka henkilöllä oli laitokseen tullessaan, ei useimmissa tilanteissa katsota asianmukaiseksi hoidoksi (Kosilek v. Massachusetts Department of Corrections/Maloney, C.A. No. 92-12820-MLW, 2002). Jos sukupuolidysforiaa kokevan henkilön katsotaan (hoitosuosituksen mukaisesti) sopivan hormonihoito-ohjelmaan, hänen tulisi saada aloittaa kyseinen hoito. Hormonien äkillinen lopettaminen tai lääketieteellisesti välttämättömän hormonihoitotoimen aloittamatta jättäminen johtavat

todennäköisesti kielteisiin tuloksiin, kuten omatoimiseen kirurgiseen kastraatioon, masennukseen, dysforiaan ja/tai itsemurha-alttiuteen (Brown, 2010).

Kun hoitosuositusten mukaista hoitoa tarjotaan institutionaalisessa ympäristössä, on mahdollista tehdä kohtuullisia mukautuksia, kunhan ne eivät vaaranna lääketieteellisesti välttämättömän hoidon antamista sukupuolidysforiaa kokevalle ihmiselle. Yksi esimerkki kohtuullisesta mukautuksesta on injektoitavien hormonien käyttö – jos niille ei ole lääketieteellisiä perusteita – ympäristössä, joissa suun kautta otettavien valmisteiden kulkeutuminen väärin käsiin on erittäin todennäköistä (Brown, 2009). Sukupuoliroolin välttämättömien muutosten tai hoitoonpääsyn – mukaan lukien sukupuolenkorjausleikkauksen – kieltäminen institutionaalisen asuinpaikan vuoksi ei ole hoitosuositusten mukainen kohtuullinen mukautus (Brown, 2010).

Laitoksessa asuvan transsukupuolisen, muunsukupuolisen tai kokemukseltaan tai ilmaisultaan sukupuolinormeista erottuvan ihmisen käytössä tulisi olla sellaiset asuintilat sekä suihku- ja wc-tilat, että hän saa säilyttää sukupuoli-identiteettinsä ja -roolinsa, fyysisen tilansa, arvokkuutensa ja henkilökohtaisen turvallisuutensa. Sijoittaminen pelkästään naisille tai miehille tarkoitettuun paikkaan yksinomaan ulkoisten sukuelinten perusteella ei aina ole sopivaa ja saattaa johtaa yksilön huonoon kohteluun (Brown, 2009).

Laitoksissa, joissa asuu transsukupuolisia, muunsukupuolisia ja kokemukseltaan tai ilmaisultaan sukupuolinormeista erottuvia ihmisiä ja joissa heille tarjotaan terveydenhoitoa, tulisi ylläpitää yhdenvertaista ja myönteistä ilmapiiriä, jotta asukkaat eivät joutuisi henkilökunnan tai muiden asukkaiden vihamielisyyden kohteeksi.

XV. Hoitosuositusten soveltaminen ihmisiin, joilla on sukupuolen kehityksen häiriö

Termistö

Termi *sukupuolen kehityksen häiriö* (*disorder of sex development, DSD*) viittaa somaattiseen häiriöön, jossa sukuelimet kehittyvät epätyypillisesti (Hughes, Houk, Ahmed, Lee & LWPES/ESPE Consensus Group, 2006). DSD-häiriöihin sisältyy myös tila, jota on aiemmin kutsuttu *intersukupuolisuudeksi* (*intersexuality*). Vaikka termi muutettiin sukupuolen kehityksen häiriöksi kansainvälisessä konsensuskokouksessa vuonna 2005 (Hughes et al., 2006), sen käytöstä on edelleen erimielisyyksiä. Jotkut vastustavat jyrkästi ilmiön kutsumista häiriöksi, sillä he pitävät näitä synnynnäisiä tiloja pikemminkin monimuotoisuuden ilmentyminä (Diamond, 2009) ja siksi jatkavat termien *intersukupuolinen* ja *intersukupuolisuus* käyttämistä. Hoitosuosituksissa WPATH käyttää termiä *sukupuolen kehityksen häiriö* ja sen lyhennettä *DSD* objektiivisella ja arvovapaalla tavalla. Tavoitteena on, että terveydenhoidon ammattilaiset tunnistavat tämän lääketieteellisen termin ja perehtyvät sen avulla asiaa käsitteleviin tutkimuksiin alan kehittyessä. WPATH suhtautuu avoimin mielin uuteen termistöön, joka kuvaa tarkemmin tämän monimuotoisen väestöosan kokemuksia ja parantaa terveydenhoidon saatavuutta ja palveluiden toteuttamista.

Perusteet hoitosuosituksiin lisäämiselle

Aiemmin ihmiset, joilla on sukupuolen kehityksen häiriö, jätettiin sukupuoli-identiteetin häiriön diagnoosin ulkopuolelle, vaikka he olisivatkin täyttäneet DSM-IV-TR:ssä määritetyt sukupuoli-identiteetin häiriön käyttäytymisedellytykset (American Psychiatric Association, 2000). Sen sijaan heille luokiteltiin ”tarkemmin määrittelemätön sukupuoli-identiteetin häiriö” (Gender Identity Disorder - Not Otherwise Specified). Heitä ei myöskään otettu mukaan WPATH:n hoitosuosituksiin.

Nykyinen linja DSM-5:ssä (www.dsm5.org) on korvata *sukupuoli-identiteetin häiriö* termillä sukupuolidysforia. Huomionarvoista on, että DSM-järjestelmään ehdotetuissa muutoksissa sekä sukupuolidysforiaa kokevat ihmiset että ihmiset, joilla on sukupuolen kehityksen häiriö, luokitellaan sukupuolidysforian alatyyppeihin. Tämä ehdotettu luokittelu, jossa nimenomaisesti erotellaan toisistaan sukupuolidysforiaa kokevat ihmiset sen mukaan, onko heillä myös sukupuolen kehityksen häiriö – on perusteltu. DSD-diagnosoitujen ihmisten sukupuolidysforia on nimittäin erilainen niin esiintymiseltään, epidemiologialtaan, kehityskaareltaan kuin etiologialtaan (Meyer-Bahlburg, 2009).

Terveydenhoidon ammattilaiset kohtaavat yhä useammin aikuisia, joilla on sekä sukupuolen kehityksen häiriö että sukupuolidysforia. Siksi tähän hoitosuositusten versioon on lisätty lyhyt osio tällaisten potilaiden hoidosta.

Terveyshistoriaa koskevat huomiot

Jos terveydenhoidon ammattilainen hoitaa potilaita, joilla on sekä sukupuolen kehityksen häiriö että sukupuolidysforia, hänen on ymmärrettävä, että tällaisten ihmisten lääketieteellinen tausta on usein hyvin erilainen kuin niillä, joilla ei ole sukupuolen kehityksen häiriötä.

Joidenkin ihmisten sukupuolen kehityksen häiriö on tunnistettu, kun syntymässä on havaittu epätyypilliset sukuelimet. (Yhä useammin tämä havainto tehdään jo raskausaikana ultraäänitutkimuksessa.) Näille lapsille tehdään sitten laajoja lääketieteellisiä diagnostisia toimenpiteitä. Kun on kuultu perhettä ja terveydenhoidon ammattilaisia ja otettu huomioon diagnostiset, fyysiset ja hormonaaliset löydökset sekä perehdytty pitkän aikavälin vaikuttavuustutkimuksiin (Cohen-Kettenis, 2005; Dessens, Slijper & Drop, 2005; Jurgensen, Hiort, Holterhus & Thyen, 2007; Mazur, 2005; Meyer-Bahlburg, 2005; Stikkelbroeck et al., 2003; Wisniewski, Migeon, Malouf & Gearhart, 2004), vastasyntynyt määritellään joko mies- tai naispuoliseksi.

Muut sukupuolen kehityksen häiriöön liittyvät tapaukset tulevat terveydenhoidon ammattilaisten tietoon puberteetin aikana, jolloin havaitaan toissijaisten sukupuolitunnusmerkkien epätyypillinen kehitys. Tämän havainnon jälkeen tehdään lääketieteellinen arviointi.

Sukupuolen kehityksen häiriön tyypillä ja vaikeusasteella on suuri vaikutus päätöksiin, jotka koskevat potilaan syntymäsukupuolen määrittelyä, myöhempää sukuelinten kirurgiaa ja

muuta lääketieteellistä ja psykososiaalista hoitoa (Meyer-Bahlburg, 2009). Esimerkiksi yksilöillä, joilla on sukupuolen kehityksen häiriö, sikiöaikaisen androgeenialtistuksen määrä on yhdistetty sukupuoleen liittyvän käytöksen (siis *sukupuoliroolin* ja *sukupuolen ilmaisuuden*) maskulinisaatioasteeseen. Korrelaatio on kuitenkin vain lievää, ja merkittävä määrä käytöksen monimuotoisuudesta ei ole selitettävissä sikiöaikaisella androgeenialtistuksella (Jurgensen et al., 2007; Meyer-Bahlburg, Dolezal, Baker, Ehrhardt & New, 2006). Sikiöaikaisen hormonialtistuksen ei ole havaittu korreloivan samalla tavalla sukupuoli-identiteetin kanssa (esimerkiksi Meyer-Bahlburg et al., 2004). Tätä korostaa se, että saman (ydin)sukupuoli-identiteetin omaavien ihmisten sukupuoleen liittyvän käytöksen maskulinisaatioaste voi vaihdella suuresti.

Sukupuolidysforian arviointi ja hoito ihmisillä, joilla on sukupuolen kehityksen häiriö

Ihmisten, joilla on sukupuolen kehityksen häiriö, sukupuolidysforia havaitaan hyvin harvoin ennen DSD-diagnoosia. DSD-diagnoosi käy kuitenkin tyypillisesti ilmi potilaan historian ja tavanomaisen lääkärintarkastuksen perusteella. Molemmat näistä ovat osa lääketieteellistä arviointia, kun pohditaan potilaan kelpoisuutta hormonihoidon tai kirurgisiin toimenpiteisiin sukupuolidysforian hoitamiseksi. Mielenterveysalan ammattilaisen tulisi kehottaa sukupuolidysforian vuoksi hoitoon hakeutuvaa asiakasta käymään lääkärintarkastuksessa varsinakin, jos tämä ei parhaillaan saa perusterveydenhoitoa (tai muuta terveydenhoitoa).

Useimmille DSD-diagnoosin saaneille ihmisille, joiden sukuelimiä ei voida syntymässä määritellä yksiselitteisesti kumpaankaan pääsukupuoleen, ei kehity sukupuolidysforiaa (esimerkiksi Meyer-Bahlburg et al., 2004; Wisniewski et al., 2004). Joillekin kuitenkin kehittyy krooninen sukupuolidysforia, ja he päätyvät muuttamaan syntymässä määriteltyä sukupuoltaan ja/tai sukupuolirooliaan (Meyer-Bahlburg, 2005; Wilson, 1999; Zucker, 1999). Jos sukupuolidysforiasta on pysyviä ja vahvoja viitteitä, sukupuolidysforian arviointiin ja hoitoon pätevyityneiden klinikoiden on arvioitava potilas perusteellisesti tämän iästä riippumatta. Tällaisen arvioinnin toteuttamiseen sekä sukupuolidysforiaan liittyvien hoitopäätösten tekemiseen sukupuolen kehityksen häiriön yhteydessä on julkaistu yksityiskohtaiset ohjeet (Meyer-Bahlburg, 2011). Potilaan syntymässä määritellyn sukupuolen tai sukupuoliroolin muuttamiseen liittyviin toimiin tulee ryhtyä vasta perusteellisen arvioinnin jälkeen.

Tällaisten potilaiden sukupuolidysforiaa eri hoitovaihtoehtojilla lievittävä klinikko saattaa hyötyä tiedosta, jota on kertynyt sellaisten potilaiden hoitamisesta, joilla ei ole DSD-diagnoosia (Cohen-Kettenis, 2010). Tiettyjä hoitosedellytyksiä (esimerkiksi ikää ja halutussa sukupuoliroolissa eletyn ajanjakson pituutta) ei kuitenkaan yleensä rutiininomaisesti sovelleta ihmisiin, joilla on sukupuolen kehityksen häiriö. Pikemminkin edellytyksiä harkitaan jokaisen potilaan erityistilanteen mukaan (Meyer-Bahlburg, painossa). DSD-diagnosoitujen tapauksessa muutokset syntymässä määritellyyn sukupuoleen ja sukupuolirooliin tehdään yleensä alakouluiän ja keski-ikä välillä. Jopa sukuelinten leikkaus saatetaan tehdä näille potilaille merkittävästi aiemmin kuin niille sukupuolidysforiaa kokeville potilaille, joilla ei ole DSD:tä. Näin voidaan toimia, jos leikkaukselle saadaan perusteet diagnoosista, kyseisen

oireyhtymän näyttöön perustuvasta sukupuoli-identiteetin ennusteesta, oireyhtymän vaikeudesta ja potilaan toiveista.

Yksi syy hoidon eroavaisuuksille on se, että DSD-diagnosoitujen ihmisten lapsuudessa tai nuoruudessa tehtävä sukuelinten leikkaus on varsin tavallinen toimenpide. DSD-potilaalla saattaa olla jo aiemmin todettu lapsettomuus joko varhaisen sukurauhasten toimintahäiriön tai syöpärisikin vuoksi suoritetun sukurauhasten poiston vuoksi. Silti on suositeltavaa, että DSD-potilas toteuttaa sosiaalisen transition ja siirtyy sosiaalisesti toiseen sukupuolirooliin vain, jos hän on käyttäytynyt jo pitkään sukupuolinormeista erottuvalla tavalla ja jos sukupuolidysforia ja/tai halu muuttaa sukupuoliroolia on ollut vahva ja pysyvä jo merkittävän pitkän ajan. DSM-5:n mukaiseen sukupuolidysforiadiagnosiin vaaditaan kuuden kuukauden ajanjakso, jona oireita on esiintynyt täysimääräisesti (Meyer-Bahlburg, painossa).

Lisäresurssit

Ihmisillä, joilla on sukupuolen kehityksen häiriö, sukupuoleen liittyvä terveyst historia on usein monimutkainen. Siihen voi sisältyä runsaasti erilaisia synnynnäisiä geneettisiä, endokriinisia ja somaattisia epätyypillisiä ominaisuuksia sekä erilaisia hormonaalisia, kirurgisia ja muita lääketieteellisiä hoitoja. Tästä syystä kyseisten potilaiden psykososiaalista ja lääketieteellistä hoitoa harkittaessa on huomioitava useita lisäseikkoja, riippumatta siitä, kokeeko potilas sukupuolidysforiaa vai ei. Kaikkia näitä seikkoja ei voida käsitellä hoitosuosituksissa. Lisätietoja näistä asioista on lähdeluettelossa mainituissa julkaisuissa (esimerkiksi Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2003; Meyer-Bahlburg, 2002, 2008). Joidenkin perheiden ja potilaiden mielestä on myös hyödyllistä tehdä yhteistyötä yhteisön tukiryhmien kanssa.

Ihmisten, joilla on sukupuolen kehityksen häiriö, lääketieteellisestä hoidosta on kirjoitettu merkittäviä lääketieteellisiä julkaisuja. Kirjoittajina ovat olleet esimerkiksi lasten endokrinologian sekä urologian arvostetut asiantuntijat ja asiaan vihkiytyneet mielenterveysalan ammattilaiset erityisesti sukupuolen tutkimuksen alalta. Viimeaikaisissa kansainvälisissä konsensuskonferensseissa on käsitelty näyttöön perustuvia hoito-ohjeita (joihin sisältyvät myös sukupuoliasiat ja sukuelinten kirurgia) yleisesti sukupuolen kehityksen häiriöön (Hughes et al., 2006) ja erityisesti synnynnäiseen lisämunuaisten liikakasvuun (Joint LWPES/ESPE CAH Working Group et al., 2002; Speiser et al., 2010). Toiset ovat käsitelleet tutkimustarpeita liittyen yleisesti sukupuolen kehityksen häiriöön (Meyer-Bahlburg & Blizzard, 2004) tai tiettyihin oireyhtymiin, kuten 46,XXY-oireyhtymään (Simpson et al., 2003).

Lähteet

- Abramowitz, S. I. (1986). Psychosocial outcomes of sex reassignment surgery. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*(2), 183–189. doi:10.1037/0022-006X.54.2.183
- ACOG Committee of Gynecologic Practice. (2005). Committee opinion #322: Compounded bioidentical hormones. *Obstetrics & Gynecology, 106*(5), 139–140.
- Adler, R. K., Hirsch, S. & Mordaunt, M. (2006). *Voice and communication therapy for the transgender/transsexual client: A comprehensive clinical guide*. San Diego, CA: Plural Pub.
- American Academy of Family Physicians. (2005). *Definition of family medicine*. Otettu 10.8.2009 osoitteesta <http://www.aafp.org/online/en/home/policy/policies/f/fammeddef.html>
- American Medical Association. (2008). *Resolution 122 (A-08)*. Otettu osoitteesta <http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/471/122.doc>
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR* (4. painos, tark. teksti). Washington, DC: tekijä.
- American Speech-Language-Hearing Association. (2011). *Scope of practice*. Otettu osoitteesta www.asha.org
- Anton, B. S. (2009). Proceedings of the American Psychological Association for the legislative year 2008: Vuosikokouksen edustajiston pöytäkirjat, 22.–24.2.2008, Washington, DC, ja 13. ja 17.8.2008, Boston, MA, ja hallituksen kokouksen pöytäkirjat vuoden 2008 helmikuulta, kesäkuulta, elokuulta ja joulukuulta. *American Psychologist, 64*, 372–453. doi:10.1037/a0015932
- Asscheman, H., Giltay, E. J., Megens, J. A. J., de Ronde, W., van Trotsenburg, M. A. A. & Gooren, L. J. G. (2011). A long-term follow-up study of mortality in transsexuals receiving treatment with cross-sex hormones. *European Journal of Endocrinology, 164*(4), 635–642. doi:10.1530/EJE-10-1038
- Baba, T., Endo, T., Honnma, H., Kitajima, Y., Hayashi, T., Ikeda, H., . . . Saito, T. (2007). Association between polycystic ovary syndrome and female-to-male transsexuality. *Human Reproduction, 22*(4), 1011–1016. doi:10.1093/humrep/del474
- Bakker, A., Van Kesteren, P. J., Gooren, L. J. & Bezemer, P. D. (1993). The prevalence of transsexualism in the Netherlands. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 87*(4), 237–238. doi:10.1111/j.1600-0447.1993.tb03364.x
- Balen, A. H., Schachter, M. E., Montgomery, D., Reid, R. W. & Jacobs, H. S. (1993). Polycystic ovaries are a common finding in untreated female to male transsexuals. *Clinical Endocrinology, 38*(3), 325–329. doi:10.1111/j.1365-2265.1993.tb01013.x

- Basson, R. (2001). Towards optimal hormonal treatment of male to female gender identity disorder. *Journal of Sexual and Reproductive Medicine*, 1(1), 45–51.
- Basson, R. & Prior, J. C. (1998). Hormonal therapy of gender dysphoria: The male-to-female transsexual. Teoksessa D. Denny (toim.), *Current concepts in transgender identity* (sivut 277–296). New York: Garland Publishing, Inc.
- Benjamin, H. (1966). *The transsexual phenomenon*. New York: Julian Press.
- Besnier, N. (1994). Polynesian gender liminality through time and space. Teoksessa G. Herdt (toim.), *Third sex, third gender: Beyond sexual dimorphism in culture and history* (sivut 285–328). New York: Zone Books.
- Bockting, W. O. (1999). From construction to context: Gender through the eyes of the transgendered. *Siecus Report*, 28(1), 3–7.
- Bockting, W. O. (2008). Psychotherapy and the real-life experience: From gender dichotomy to gender diversity. *Sexologies*, 17(4), 211–224. doi:10.1016/j.sexol.2008.08.001
- Bockting, W. O. & Coleman, E. (2007). Developmental stages of the transgender coming out process: Toward an integrated identity. Teoksessa R. Ettner, S. Monstrey & A. Eyler (toim.), *Principles of transgender medicine and surgery* (sivut 185–208). New York: The Haworth Press.
- Bockting, W. O. & Goldberg, J. M. (2006). Guidelines for transgender care (erikoispainos). *International Journal of Transgenderism*, 9(3/4).
- Bockting, W. O., Knudson, G. & Goldberg, J. M. (2006). Counseling and mental health care for transgender adults and loved ones. *International Journal of Transgenderism*, 9(3/4), 35–82. doi:10.1300/J485v09n03_03
- Bolin, A. (1988). *In search of Eve* (sivut 189–192). New York: Bergin & Garvey.
- Bolin, A. (1994). Transcending and transgendering: Male-to-female transsexuals, dichotomy and diversity. Teoksessa G. Herdt (toim.), *Third sex, third gender: Beyond sexual dimorphism in culture and history* (sivut 447–486). New York: Zone Books.
- Bornstein, K. (1994). *Gender outlaw: On men, women, and the rest of us*. New York: Routledge.
- Bosinski, H. A. G., Peter, M., Bonatz, G., Arndt, R., Heidenreich, M., Sippell, W. G. & Wille, R. (1997). A higher rate of hyperandrogenic disorders in female-to-male transsexuals. *Psychoneuroendocrinology*, 22(5), 361–380. doi:10.1016/S0306-4530(97)00033-4
- Brill, S. A. & Pepper, R. (2008). *The transgender child: A handbook for families and professionals*. Berkeley, CA: Cleis Press.

- Brown, G. R. (2009). Recommended revisions to The World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care section on medical care for incarcerated persons with gender identity disorder. *International Journal of Transgenderism*, *11*(2), 133–139. doi:10.1080/15532730903008073
- Brown, G. R. (2010). Autocastration and autopenectomy as surgical self-treatment in incarcerated persons with gender identity disorder. *International Journal of Transgenderism*, *12*(1), 31–39. doi:10.1080/15532731003688970
- Bullough, V. L. & Bullough, B. (1993). *Cross dressing, sex, and gender*. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press.
- Callen Lorde Community Health Center. (2000). *Transgender health program protocols*. Otettu osoitteesta http://www.callenlorde.org/documents/TG_Protocol_Request_Form2.pdf
- Callen Lorde Community Health Center. (2011). *Transgender health program protocols*. Otettu osoitteesta http://www.callenlorde.org/documents/TG_Protocol_Request_Form2.pdf
- Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists. (Ei julkaisuajankohtaa). CASLPA Clinical Certification Program. <http://www.caslpa.ca/english/certification/index.asp>
- Carew, L., Dacakis, G. & Oates, J. (2007). The effectiveness of oral resonance therapy on the perception of femininity of voice in male-to-female transsexuals. *Journal of Voice*, *21*(5), 591–603. doi:10.1016/j.jvoice.2006.05.005
- Carnegie, C. (2004). Diagnosis of hypogonadism: Clinical assessments and laboratory tests. *Reviews in Urology*, *6*(Suppl 6), S3–8.
- Cattrall, F. R. & Healy, D. L. (2004). Long-term metabolic, cardiovascular and neoplastic risks with polycystic ovary syndrome. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, *18*(5), 803–812. doi:10.1016/j.bpobgyn.2004.05.005
- Center of Excellence for Transgender Health, UCSF. (2011). *Primary care protocol for transgender health care*. Otettu osoitteesta <http://transhealth.ucsf.edu/trans?page=protocol-00-00>
- Chiñas, B. (1995). Isthmus Zapotec attitudes toward sex and gender anomalies. Teoksessa S. O. Murray (toim.), *Latin American male homosexualities* (sivut 293–302). Albuquerque, NM: University of New Mexico Press.
- Clements, K., Wilkinson, W., Kitano, K. & Marx, R. (1999). HIV prevention and health service needs of the transgender community in San Francisco. *International Journal of Transgenderism*, *3*(1), 2–17.

- Cohen-Kettenis, P. T. (2001). Gender identity disorder in DSM? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(4), 391–391. doi:10.1097/00004583-200104000-00006
- Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Gender change in 46,XY persons with 5 α -reductase-2 deficiency and 17 β -hydroxysteroid dehydrogenase-3 deficiency. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 399–410. doi:10.1007/s10508-005-4339-4
- Cohen-Kettenis, P. T. (2006). Gender identity disorders. Teoksessa C. Gillberg, R. Harrington & H. C. Steinhausen (toim.), *A clinician's handbook of child and adolescent psychiatry* (sivut 695–725). New York: Cambridge University Press.
- Cohen-Kettenis, P. T. (2010). Psychosocial and psychosexual aspects of disorders of sex development. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 24(2), 325–334. doi:10.1016/j.beem.2009.11.005
- Cohen-Kettenis, P. T. & Kuiper, A. J. (1984). Transseksualiteit en psychotherapie. *Tijdschrift Voor Psychotherapie*, 10, 153–166.
- Cohen-Kettenis, P. T., Owen, A., Kaijser, V. G., Bradley, S. J. & Zucker, K. J. (2003). Demographic characteristics, social competence, and behavior problems in children with gender identity disorder: A cross-national, cross-clinic comparative analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31(1), 41–53. doi:10.1023/A:1021769215342
- Cohen-Kettenis, P. T. & Pfäfflin, F. (2003). *Transgenderism and intersexuality in childhood and adolescence: Making choices*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Cohen-Kettenis, P. T. & Pfäfflin, F. (2010). The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in adolescents and adults. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 499–513. doi:10.1007/s10508-009-9562-y
- Cohen-Kettenis, P. T., Schagen, S. E. E., Steensma, T. D., de Vries, A. L. C. & Delemarre-van de Waal, H. A. (2011). Puberty suppression in a gender-dysphoric adolescent: A 22-year follow-up. *Archives of Sexual Behavior*, 40(4), 843–847. doi:10.1007/s10508-011-9758-9
- Cohen-Kettenis, P. T., Wallien, M., Johnson, L. L., Owen-Anderson, A. F. H., Bradley, S. J. & Zucker, K. J. (2006). A parent-report gender identity questionnaire for children: A cross-national, cross-clinic comparative analysis. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 11(3), 397–405. doi:10.1177/1359104506059135
- Cole, C. M., O'Boyle, M., Emory, L. E. & Meyer III, W. J. (1997). Comorbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnoses. *Archives of Sexual Behavior*, 26(1), 13–26.
- Coleman, E. (2009a). Toward version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care. *International Journal of Transgenderism*, 11(1), 1–7. doi:10.1080/15532730902799912

- Coleman, E. (2009b). Toward version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care: Psychological assessment and approaches to treatment. *International Journal of Transgenderism*, *11*(2), 69–73.
doi:10.1080/15532730903008008
- Coleman, E. (2009c). Toward version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care: Hormonal and surgical approaches to treatment. *International Journal of Transgenderism*, *11*(3), 141–145.
doi:10.1080/15532730903383740
- Coleman, E. (2009d). Toward version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care: Medical and therapeutic approaches to treatment. *International Journal of Transgenderism*, *11*(4), 215–219.
doi:10.1080/15532730903439450
- Coleman, E., Colgan, P. & Gooren, L. (1992). Male cross-gender behavior in Myanmar (Burma): A description of the acault. *Archives of Sexual Behavior*, *21*(3), 313–321.
- Costa, L. M. & Matzner, A. (2007). *Male bodies, women's souls: Personal narratives of Thailand's transgendered youth*. Binghamton, NY: Haworth Press.
- Currah, P., Juang, R. M. & Minter, S. (2006). *Transgender rights*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Currah, P. & Minter, S. (2000). Unprincipled exclusions: The struggle to achieve judicial and legislative equality for transgender people. *William and Mary Journal of Women and Law*, *7*, 37–60.
- Dacakis, G. (2000). Long-term maintenance of fundamental frequency increases in male-to-female transsexuals. *Journal of Voice*, *14*(4), 549–556. doi:10.1016/S0892-1997(00)80010-7
- Dahl, M., Feldman, J. L., Goldberg, J. M. & Jaber, A. (2006). Physical aspects of transgender endocrine therapy. *International Journal of Transgenderism*, *9*(3), 111–134. doi:10.1300/J485v09n03_06
- Darney, P. D. (2008). Hormonal contraception. Teoksessa H. M. Kronenberg, S. Melmer, K. S. Polonsky & P. R. Larsen (toim.), *Williams textbook of endocrinology* (11. painos, sivut 615–644). Philadelphia: Saunders.
- Davies, S. & Goldberg, J. M. (2006). Clinical aspects of transgender speech feminization and masculinization. *International Journal of Transgenderism*, *9*(3–4), 167–196.
doi:10.1300/J485v09n03_08
- de Bruin, M. D., Coerts, M. J. & Greven, A. J. (2000). Speech therapy in the management of male-to-female transsexuals. *Folia Phoniatica Et Logopaedica*, *52*(5), 220–227.

- De Cuypere, G., T'Sjoen, G., Beerten, R., Selvaggi, G., De Sutter, P., Hoebeke, P., . . . Rubens, R. (2005). Sexual and physical health after sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, *34*(6), 679–690. doi:10.1007/s10508-005-7926-5
- De Cuypere, G., Van Hemelrijck, M., Michel, A., Crael, B., Heylens, G., Rubens, R., . . . Monstrey, S. (2007). Prevalence and demography of transsexualism in Belgium. *European Psychiatry*, *22*(3), 137–141. doi:10.1016/j.eurpsy.2006.10.002
- De Cuypere, G. & Vercruyse, H. (2009). Eligibility and readiness criteria for sex reassignment surgery: Recommendations for revision of the WPATH standards of care. *International Journal of Transgenderism*, *11*(3), 194–205. doi:10.1080/15532730903383781
- de Lignières, B. (1999). Oral micronized progesterone. *Clinical Therapeutics*, *21*(1), 41–60. doi:10.1016/S0149-2918(00)88267-3
- De Sutter, P. (2009). Reproductive options for transpeople: Recommendations for revision of the WPATH's standards of care. *International Journal of Transgenderism*, *11*(3), 183–185. doi:10.1080/15532730903383765
- De Sutter, P., Kira, K., Verschoor, A. & Hotimsky, A. (2002). The desire to have children and the preservation of fertility in transsexual women: A survey. *International Journal of Transgenderism*, *6*(3), otettu osoitteesta
http://www.wpath.org/journal/www.iiav.nl/eazines/web/IJT/97-03/numbers/symposion/ijtvo06no03_02.htm
- de Vries, A. L. C., Cohen-Kettenis, P. T. & Delemarre-van de Waal, H. A. (2006). Clinical management of gender dysphoria in adolescents. *International Journal of Transgenderism*, *9*(3–4), 83–94. doi:10.1300/J485v09n03_04
- de Vries, A. L. C., Doreleijers, T. A. H., Steensma, T. D. & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Ennakkojulkaisu verkossa. doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02426.x
- de Vries, A. L. C., Noens, I. L. J., Cohen-Kettenis, P. T., van Berckelaer-Onnes, I. A. & Doreleijers, T. A. (2010). Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *40*(8), 930–936. doi:10.1007/s10803-010-0935-9
- de Vries, A. L. C., Steensma, T. D., Doreleijers, T. A. H. & Cohen-Kettenis, P. T. (2010). Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: A prospective follow-up study. *The Journal of Sexual Medicine*. Ennakkojulkaisu verkossa. doi:10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x
- Delemarre-van de Waal, H. A. & Cohen-Kettenis, P. T. (2006). Clinical management of gender identity disorder in adolescents: A protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects. *European Journal of Endocrinology*, *155*(suppl 1), S131–S137. doi:10.1530/eje.1.02231

- Delemarre-van de Waal, H. A., van Weissenbruch, M. M. & Cohen-Kettenis, P. T. (2004). Management of puberty in transsexual boys and girls. *Hormone Research in Paediatrics*, 62(suppl 2), 75–75. doi:10.1159/000081145
- Derrig-Palumbo, K. & Zeine, F. (2005). *Online therapy: A therapist's guide to expanding your practice*. New York: W.W. Norton & Co.
- Dessens, A. B., Slijper, F. M. E. & Drop, S. L. S. (2005). Gender dysphoria and gender change in chromosomal females with congenital adrenal hyperplasia. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 389–397. doi:10.1007/s10508-005-4338-5
- Devor, A. H. (2004). Witnessing and mirroring: A fourteen stage model. *Journal of Gay and Lesbian Psychotherapy*, 8(1/2), 41–67.
- Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A. L. V., Langstrom, N. & Landen, M. (2011). Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: Cohort study in Sweden. *PloS ONE*, 6(2), 1–8. doi:10.1371/journal.pone.0016885
- Di Ceglie, D. & Thümmel, E. C. (2006). An experience of group work with parents of children and adolescents with gender identity disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 11(3), 387–396. doi:10.1177/1359104506064983
- Diamond, M. (2009). Human intersexuality: Difference or disorder? *Archives of Sexual Behavior*, 38(2), 172–172. doi:10.1007/s10508-008-9438-6
- Dobs, A. S., Meikle, A. W., Arver, S., Sanders, S. W., Caramelli, K. E. & Mazer, N. A. (1999). Pharmacokinetics, efficacy, and safety of a permeation-enhanced testosterone transdermal system in comparison with bi-weekly injections of testosterone enanthate for the treatment of hypogonadal men. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 84(10), 3469–3478. doi:10.1210/jc.84.10.3469
- Docter, R. F. (1988). *Transvestites and transsexuals: Toward a theory of cross-gender behavior*. New York: Plenum Press.
- Drummond, K. D., Bradley, S. J., Peterson-Badali, M. & Zucker, K. J. (2008). A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Developmental Psychology*, 44(1), 34–45. doi:10.1037/0012-1649.44.1.34
- Ehrbar, R. D. & Gorton, R. N. (2010). Exploring provider treatment models in interpreting the standards of care. *International Journal of Transgenderism*, 12(4), 198–2010. doi:10.1080/15532739.2010.544235
- Ekins, R. & King, D. (2006). *The transgender phenomenon*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications Ltd.
- Eklund, P. L., Gooren, L. J. & Bezemer, P. D. (1988). Prevalence of transsexualism in the Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, 152(5), 638–640.

- Eldh, J., Berg, A. & Gustafsson, M. (1997). Long-term follow up after sex reassignment surgery. *Scandinavian Journal of Plastic and Reconstructive Surgery and Hand Surgery*, 31(1), 39–45.
- Emerson, S. & Rosenfeld, C. (1996). Stages of adjustment in family members of transgender individuals. *Journal of Family Psychotherapy*, 7(3), 1–12.
doi:10.1300/J085V07N03_01
- Emory, L. E., Cole, C. M., Avery, E., Meyer, O. & Meyer III, W. J. (2003, syyskuu). Client's view of gender identity: Life, treatment status and outcome. *18th Biennial Harry Benjamin Symposium*, Gent, Belgium.
- Ettner, R., Monstrey, S. & Eyler, A. (toim.) (2007). *Principles of transgender medicine and surgery*. Binghamton, NY: The Haworth Press.
- Eyler, A. E. (2007). Primary medical care of the gender-variant patient. Teoksessa R. Ettner, S. Monstrey & E. Eyler (toim.), *Principles of transgender medicine and surgery* (sivut 15–32). Binghamton, NY: The Haworth Press.
- Factor, R. J. & Rothblum, E. (2008). Exploring gender identity and community among three groups of transgender individuals in the United States: MTFs, FTMs, and genderqueers. *Health Sociology Review*, 17(3), 235–253.
- Feinberg, L. (1996). *Transgender warriors: Making history from Joan of Arc to Dennis Rodman*. Boston, MA: Beacon Press.
- Feldman, J. (2005, huhtikuu). *Masculinizing hormone therapy with testosterone 1% topical gel*. Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association -järjestön 19. joka toinen vuosi järjestettävässä symposiumissa pidetty esitelmä, Bologna, Italia.
- Feldman, J. (2007). Preventive care of the transgendered patient. Teoksessa R. Ettner, S. Monstrey & E. Eyler (toim.), *Principles of transgender surgery and medicine* (sivut 33–72). Binghamton, NY: The Haworth Press.
- Feldman, J. & Goldberg, J. (2006). Transgender primary medical care. *International Journal of Transgenderism*, 9(3), 3–34. doi:10.1300/J485v09n03_02
- Feldman, J. & Safer, J. (2009). Hormone therapy in adults: Suggested revisions to the sixth version of the standards of care. *International Journal of Transgenderism*, 11(3), 146–182. doi:10.1080/15532730903383757
- Fenichel, M., Suler, J., Barak, A., Zelvin, E., Jones, G., Munro, K., . . . Walker-Schmucker, W. (2004). *Myths and realities of online clinical work, observations on the phenomena of online behavior, experience, and therapeutic relationships. A 3rd-year report from ISMHO's clinical case study group*. Otettu 24.5.2011 osoitteesta https://www.ismho.org/myths_n_realities.asp

- Fenway Community Health Transgender Health Program. (2007). *Protocol for hormone therapy*. Otettu osoitteesta http://www.fenwayhealth.org/site/DocServer/Fenway_Protocols.pdf?docID=2181
- Fisk, N. M. (1974). Pääkirjoitus: Gender dysphoria syndrome--the conceptualization that liberalizes indications for total gender reorientation and implies a broadly based multi-dimensional rehabilitative regimen. *Western Journal of Medicine*, 120(5), 386–391.
- Fitzpatrick, L. A., Pace, C. & Wiita, B. (2000). Comparison of regimens containing oral micronized progesterone or medroxyprogesterone acetate on quality of life in postmenopausal women: A cross-sectional survey. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 9(4), 381–387.
- Frank, J. D. & Frank, J. B. (1993). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (kolmas painos). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Fraser, L. (2009a). Depth psychotherapy with transgender people. *Sexual and Relationship Therapy*, 24(2), 126–142. doi:10.1080/14681990903003878
- Fraser, L. (2009b). Etherapy: Ethical and clinical considerations for version 7 of The World Professional Association for Transgender Health's standards of care. *International Journal of Transgenderism*, 11(4), 247–263. doi:10.1080/15532730903439492
- Fraser, L. (2009c). Psychotherapy in The World Professional Association for Transgender Health's standards of care: Background and recommendations. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 110–126. doi:10.1080/15532730903008057
- Garaffa, G., Christopher, N. A. & Ralph, D. J. (2010). Total phallic reconstruction in female-to-male transsexuals. *European Urology*, 57(4), 715–722. doi:10.1016/j.eururo.2009.05.018
- Gelder, M. G. & Marks, I. M. (1969). Aversion treatment in transvestism and transsexualism. Teoksessa R. Green & J. Money (toim.), *Transsexualism and sex reassignment* (sivut 383–413). Baltimore, MD: Johns Hopkins Press.
- Gelfer, M. P. (1999). Voice treatment for the male-to-female transgendered client. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 8(3), 201–208.
- Gharib, S., Bigby, J., Chapin, M., Ginsburg, E., Johnson, P., Manson, J. & Solomon, C. (2005). *Menopause: A guide to management*. Boston, MA: Brigham and Women's Hospital.
- Gijs, L. & Brewaeys, A. (2007). Surgical treatment of gender dysphoria in adults and adolescents: Recent developments, effectiveness, and challenges. *Annual Review of Sex Research*, 18, 178–224.

- Gold, M. & MacNish, M. (2011). *Adjustment and resiliency following disclosure of transgender identity in families of adolescents and young adults: Themes and clinical implications*. Washington, DC: American Family Therapy Academy.
- Gómez-Gil, E., Trilla, A., Salamero, M., Godás, T. & Valdés, M. (2009). Sociodemographic, clinical, and psychiatric characteristics of transsexuals from Spain. *Archives of Sexual Behavior*, 38(3), 378–392. doi:10.1007/s10508-007-9307-8
- Gooren, L. (2005). Hormone treatment of the adult transsexual patient. *Hormone Research in Paediatrics*, 64(Suppl 2), 31–36. doi:10.1159/000087751
- Gorton, R. N., Buth, J. & Spade, D. (2005). *Medical therapy and health maintenance for transgender men: A guide for health care providers*. San Francisco, CA: Lyon-Martin Women's Health Services.
- Green, R. (1987). *The "sissy boy syndrome" and the development of homosexuality*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Green, R. & Fleming, D. (1990). Transsexual surgery follow-up: Status in the 1990s. *Annual Review of Sex Research*, 1(1), 163–174.
- Greenson, R. R. (1964). On homosexuality and gender identity. *International Journal of Psycho-Analysis*, 45, 217–219.
- Grossman, A. H., D'Augelli, A. R., Howell, T. J. & Hubbard, S. (2006). Parent's reactions to transgender youth's gender nonconforming expression and identity. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 18(1), 3–16. doi:10.1300/J041v18n01_02
- Grossman, A. H., D'Augelli, A. R. & Salter, N. P. (2006). Male-to-female transgender youth: Gender expression milestones, gender atypicality, victimization, and parents' responses. *Journal of GLBT Family Studies*, 2(1), 71–92.
- Grumbach, M. M., Hughes, I. A. & Conte, F. A. (2003). Disorders of sex differentiation. Teoksessa P. R. Larsen, H. M. Kronenberg, S. Melmed & K. S. Polonsky (toim.), *Williams textbook of endocrinology* (10. painos, sivut 842–1002). Philadelphia, PA: Saunders.
- Hage, J. J. & De Graaf, F. H. (1993). Addressing the ideal requirements by free flap phalloplasty: Some reflections on refinements of technique. *Microsurgery*, 14(9), 592–598. doi:10.1002/micr.1920140910
- Hage, J. J. & Karim, R. B. (2000). Ought GIDNOS get nought? Treatment options for non-transsexual gender dysphoria. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 105(3), 1222–1227.
- Hancock, A. B., Krissinger, J. & Owen, K. (2010). Voice perceptions and quality of life of transgender people. *Journal of Voice*. Ennakkojulkaisu verkossa. doi:10.1016/j.jvoice.2010.07.013

- Hastings, D. W. (1974). Postsurgical adjustment of male transsexual patients. *Clinics in Plastic Surgery*, *1*(2), 335–344.
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P., Delemarre-van de Waal, H. A., Gooren, L. J., Meyer III, W. J., Spack, N. P., . . . Montori, V. M. (2009). Endocrine treatment of transsexual persons: An Endocrine Society clinical practice guideline. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *94*(9), 3132–3154. doi:10.1210/jc.2009–0345
- Hill, D. B., Menvielle, E., Sica, K. M. & Johnson, A. (2010). An affirmative intervention for families with gender-variant children: Parental ratings of child mental health and gender. *Journal of Sex and Marital Therapy*, *36*(1), 6–23. doi:10.1080/00926230903375560
- Hoebeke, P., Selvaggi, G., Ceulemans, P., De Cuypere, G. D., T'Sjoen, G., Weyers, S., . . . Monstrey, S. (2005). Impact of sex reassignment surgery on lower urinary tract function. *European Urology*, *47*(3), 398–402. doi:10.1016/j.eururo.2004.10.008
- Hoenig, J. & Kenna, J. C. (1974). The prevalence of transsexualism in England and Wales. *British Journal of Psychiatry*, *124*(579), 181–190. doi:10.1192/bjp.124.2.181
- Hughes, I. A., Houk, C. P., Ahmed, S. F., Lee, P. A. & LWPES/ESPE Consensus Group. (2006). Consensus statement on management of intersex disorders. *Archives of Disease in Childhood*, *91*(7), 554–563. doi:10.1136/adc.2006.098319
- Hunter, M. H. & Sterrett, J. J. (2000). Polycystic ovary syndrome: It's not just infertility. *American Family Physician*, *62*(5), 1079–1095.
- Institute of Medicine. (2011). *The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: Building a foundation for better understanding*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Jackson, P. A. & Sullivan, G. (toim.). (1999). *Lady boys, tom boys, rent boys: Male and female homosexualities in contemporary Thailand*. Binghamton, NY: The Haworth Press.
- Jockenhövel, F. (2004). Testosterone therapy-what, when and to whom? *The Aging Male*, *7*(4), 319–324. doi:10.1080/13685530400016557
- Johansson, A., Sundbom, E., Höjerback, T. & Bodlund, O. (2010). A five-year follow-up study of Swedish adults with gender identity disorder. *Archives of Sexual Behavior*, *39*(6), 1429–1437. doi:10.1007/s10508-009-9551-1
- Joint LWPES/ESPE CAH Working Group, Clayton, P. E., Miller, W. L., Oberfield, S. E., Ritzen, E. M., Sippell, W. G. & Speiser, P. W. (2002). Consensus statement on 21-hydroxylase deficiency from the Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society and the European Society for Pediatric Endocrinology. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *87*(9), 4048–4053. doi:10.1210/jc.2002-020611

- Jurgensen, M., Hiort, O., Holterhus, P. M. & Thyen, U. (2007). Gender role behavior in children with XY karyotype and disorders of sex development. *Hormones and Behavior*, 51(3), 443–453. doi:0.1016/j.yhbeh.2007.01.001
- Kanagalingam, J., Georgalas, C., Wood, G. R., Ahluwalia, S., Sandhu, G. & Cheesman, A. D. (2005). Cricothyroid approximation and subluxation in 21 male-to-female transsexuals. *The Laryngoscope*, 115(4), 611–618. doi:10.1097/01.mlg.0000161357.12826.33
- Kanhai, R. C. J., Hage, J. J., Karim, R. B. & Mulder, J. W. (1999). Exceptional presenting conditions and outcome of augmentation mammoplasty in male-to-female transsexuals. *Annals of Plastic Surgery*, 43(5), 476–483.
- Kimberly, S. (1997). I am transsexual - hear me roar. *Minnesota Law & Politics*, kesäkuu, 21–49.
- Klein, C. & Gorzalka, B. B. (2009). Sexual functioning in transsexuals following hormone therapy and genital surgery: A review (CME). *The Journal of Sexual Medicine*, 6(11), 2922–2939. doi:10.1111/j.1743-6109.2009.01370.x
- Knudson, G., De Cuypere, G. & Bockting, W. (2010a). Process toward consensus on recommendations for revision of the DSM diagnoses of gender identity disorders by The World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism*, 12(2), 54–59. doi:10.1080/15532739.2010.509213
- Knudson, G., De Cuypere, G. & Bockting, W. (2010b). Recommendations for revision of the DSM diagnoses of gender identity disorders: Consensus statement of The World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism*, 12(2), 115–118. doi:10.1080/15532739.2010.509215
- Kosilek v. Massachusetts Department of Corrections/Maloney, C.A. No. 92-12820-MLW (U.S. Federal District Court, Boston, MA, 2002).
- Krege, S., Bex, A., Lümmer, G. & Rübber, H. (2001). Male-to-female transsexualism: A technique, results and long-term follow-up in 66 patients. *British Journal of Urology*, 88(4), 396–402. doi:10.1046/j.1464-410X.2001.02323.x
- Kuhn, A., Bodmer, C., Stadlmayr, W., Kuhn, P., Mueller, M. D. & Birkhäuser, M. (2009). Quality of life 15 years after sex reassignment surgery for transsexualism. *Fertility and Sterility*, 92(5), 1685–1689. doi:10.1016/j.fertnstert.2008.08.126
- Kuhn, A., Hildebrand, R. & Birkhauser, M. (2007). Do transsexuals have micturition disorders? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 131(2), 226–230. doi:10.1016/j.ejogrb.2006.03.019
- Landén, M., Wålinder, J. & Lundström, B. (1998). Clinical characteristics of a total cohort of female and male applicants for sex reassignment: A descriptive study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97(3), 189–194. doi:10.1111/j.1600-0447.1998.tb09986.x

- Lawrence, A. A. (2003). Factors associated with satisfaction or regret following male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior, 32*(4), 299–315. doi:10.1023/A:1024086814364
- Lawrence, A. A. (2006). Patient-reported complications and functional outcomes of male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior, 35*(6), 717–727. doi:10.1007/s10508-006-9104-9
- Lev, A. I. (2004). *Transgender emergence: Therapeutic guidelines for working with gender-variant people and their families*. Binghamton, NY: Haworth Clinical Practice Press.
- Lev, A. I. (2009). The ten tasks of the mental health provider: Recommendations for revision of The World Professional Association for Transgender Health's standards of care. *International Journal of Transgenderism, 11*(2), 74–99. doi:10.1080/15532730903008032
- Levy, A., Crown, A. & Reid, R. (2003). Endocrine intervention for transsexuals. *Clinical Endocrinology, 59*(4), 409–418. doi:10.1046/j.1365-2265.2003.01821.x
- MacLaughlin, D. T. & Donahoe, P. K. (2004). Sex determination and differentiation. *New England Journal of Medicine, 350*(4), 367–378.
- Maheu, M. M., Pulier, M. L., Wilhelm, F. H., McMenamin, J. P. & Brown-Connolly, N. E. (2005). *The mental health professional and the new technologies: A handbook for practice today*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Malpas, J. (2011). Between pink and blue: A multi-dimensional family approach to gender nonconforming children and their families. *Family Process, 50*(4), 453–470. doi:10.1111/j.1545-5300.2011.01371.x
- Mazur, T. (2005). Gender dysphoria and gender change in androgen insensitivity or micropenis. *Archives of Sexual Behavior, 34*(4), 411–421. doi:10.1007/s10508-005-4341-x
- McNeill, E. J. M. (2006). Management of the transgender voice. *The Journal of Laryngology & Otology, 120*(07), 521–523. doi:10.1017/S0022215106001174
- McNeill, E. J. M., Wilson, J. A., Clark, S. & Deakin, J. (2008). Perception of voice in the transgender client. *Journal of Voice, 22*(6), 727–733. doi:10.1016/j.jvoice.2006.12.010
- Menvielle, E. J. & Tuerk, C. (2002). A support group for parents of gender-nonconforming boys. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 41*(8), 1010–1013. doi:10.1097/00004583-200208000-00021
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice as stress: Conceptual and measurement problems. *American Journal of Public Health, 93*(2), 262–265.

- Meyer, J. K. & Reter, D. J. (1979). Sex reassignment: Follow-up. *Archives of General Psychiatry*, *36*(9), 1010–1015.
- Meyer III, W. J. (2009). World Professional Association for Transgender Health's standards of care requirements of hormone therapy for adults with gender identity disorder. *International Journal of Transgenderism*, *11*(2), 127–132. doi:10.1080/15532730903008065
- Meyer III, W. J., Webb, A., Stuart, C. A., Finkelstein, J. W., Lawrence, B. & Walker, P. A. (1986). Physical and hormonal evaluation of transsexual patients: A longitudinal study. *Archives of Sexual Behavior*, *15*(2), 121–138. doi:10.1007/BF01542220
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2002). Gender assignment and reassignment in intersexuality: Controversies, data, and guidelines for research. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, *511*, 199–223. doi:10.1007/978-1-4615-0621-8_12
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2005). Gender identity outcome in female-raised 46,XY persons with penile agenesis, cloacal exstrophy of the bladder, or penile ablation. *Archives of Sexual Behavior*, *34*(4), 423–438. doi:10.1007/s10508-005-4342-9
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2008). Treatment guidelines for children with disorders of sex development. *Neuropsychiatrie De l'Enfance Et De l'Adolescence*, *56*(6), 345–349. doi:10.1016/j.neurenf.2008.06.002
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2009). Variants of gender differentiation in somatic disorders of sex development. *International Journal of Transgenderism*, *11*(4), 226–237. doi:10.1080/15532730903439476
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2010). From mental disorder to iatrogenic hypogonadism: Dilemmas in conceptualizing gender identity variants as psychiatric conditions. *Archives of Sexual Behavior*, *39*(2), 461–476. doi:10.1007/s10508-009-9532-4
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2011). Gender monitoring and gender reassignment of children and adolescents with a somatic disorder of sex development. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, *20*(4), 639–649. doi:10.1016/j.chc.2011.07.002
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. & Blizzard, R. M. (2004). Conference proceedings: Research on intersex: Summary of a planning workshop. *The Endocrinologist*, *14*(2), 59–69. doi:10.1097/01.ten.0000123701.61007.4e
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Dolezal, C., Baker, S. W., Carlson, A. D., Obeid, J. S. & New, M. I. (2004). Prenatal androgenization affects gender-related behavior but not gender identity in 5–12-year-old girls with congenital adrenal hyperplasia. *Archives of Sexual Behavior*, *33*(2), 97–104. doi:10.1023/B:ASEB.0000014324.25718.51
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Dolezal, C., Baker, S. W., Ehrhardt, A. A. & New, M. I. (2006). Gender development in women with congenital adrenal hyperplasia as a function of disorder severity. *Archives of Sexual Behavior*, *35*(6), 667–684. doi:10.1007/s10508-006-9068-9

- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Migeon, C. J., Berkovitz, G. D., Gearhart, J. P., Dolezal, C. & Wisniewski, A. B. (2004). Attitudes of adult 46,XY intersex persons to clinical management policies. *The Journal of Urology*, *171*(4), 1615–1619. doi:10.1097/01.ju.0000117761.94734.b7
- Money, J. & Ehrhardt, A. A. (1972). *Man and woman, boy and girl*. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press.
- Money, J. & Russo, A. J. (1979). Homosexual outcome of discordant gender identity/role in childhood: Longitudinal follow-up. *Journal of Pediatric Psychology*, *4*(1), 29–41. doi:10.1093/jpepsy/4.1.29
- Monstrey, S., Hoebeke, P., Selvaggi, G., Ceulemans, P., Van Landuyt, K., Blondeel, P., . . . De Cuypere, G. (2009). Penile reconstruction: Is the radial forearm flap really the standard technique? *Plastic and Reconstructive Surgery*, *124*(2), 510–518.
- Monstrey, S., Selvaggi, G., Ceulemans, P., Van Landuyt, K., Bowman, C., Blondeel, P., . . . De Cuypere, G. (2008). Chest-wall contouring surgery in female-to-male transsexuals: A new algorithm. *Plastic and Reconstructive Surgery*, *121*(3), 849–859. doi:10.1097/01.prs.0000299921.15447.b2
- Moore, E., Wisniewski, A. & Dobs, A. (2003). Endocrine treatment of transsexual people: A review of treatment regimens, outcomes, and adverse effects. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *88*(8), 3467–3473. doi:10.1210/jc.2002-021967
- More, S. D. (1998). The pregnant man-an oxymoron? *Journal of Gender Studies*, *7*(3), 319–328. doi:10.1080/09589236.1998.9960725
- Mount, K. H. & Salmon, S. J. (1988). Changing the vocal characteristics of a postoperative transsexual patient: A longitudinal study. *Journal of Communication Disorders*, *21*(3), 229–238. doi:10.1016/0021-9924(88)90031-7
- Mueller, A., Kiesewetter, F., Binder, H., Beckmann, M. W. & Dittrich, R. (2007). Long-term administration of testosterone undecanoate every 3 months for testosterone supplementation in female-to-male transsexuals. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *92*(9), 3470–3475. doi:10.1210/jc.2007-0746
- Murad, M. H., Elamin, M. B., Garcia, M. Z., Mullan, R. J., Murad, A., Erwin, P. J. & Montori, V. M. (2010). Hormonal therapy and sex reassignment: A systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clinical Endocrinology*, *72*(2), 214–231. doi:10.1111/j.1365-2265.2009.03625.x
- Nanda, S. (1998). *Neither man nor woman: The hijras of India*. Belmont, CA: Wadsworth Publishing.
- Nestle, J., Wilchins, R. A. & Howell, C. (2002). *Genderqueer: Voices from beyond the sexual binary*. Los Angeles, CA: Alyson Publications.

- Neumann, K. & Welzel, C. (2004). The importance of voice in male-to-female transsexualism. *Journal of Voice*, *18*(1), 153–167.
- Newfield, E., Hart, S., Dibble, S. & Kohler, L. (2006). Female-to-male transgender quality of life. *Quality of Life Research*, *15*(9), 1447–1457. doi:10.1007/s11136-006-0002-3
- Nieschlag, E., Behre, H. M., Bouchard, P., Corrales, J. J., Jones, T. H., Stalla, G. K., . . . Wu, F. C. W. (2004). Testosterone replacement therapy: Current trends and future directions. *Human Reproduction Update*, *10*(5), 409–419. doi:10.1093/humupd/dmh035
- North American Menopause Society. (2010). Estrogen and progestogen use in postmenopausal women: 2010 position statement. *Menopause*, *17*(2), 242–255. doi:10.1097/gme.0b013e3181d0f6b9
- Nuttbrock, L., Hwahng, S., Bockting, W., Rosenblum, A., Mason, M., Macri, M. & Becker, J. (2010). Psychiatric impact of gender-related abuse across the life course of male-to-female transgender persons. *Journal of Sex Research*, *47*(1), 12–23. doi:10.1080/00224490903062258
- Oates, J. M. & Dacakis, G. (1983). Speech pathology considerations in the management of transsexualism—a review. *International Journal of Language & Communication Disorders*, *18*(3), 139–151. doi:10.3109/13682828309012237
- Olyslager, F. & Conway, L. (Syyskuu, 2007). On the calculation of the prevalence of transsexualism. *World Professional Association for Transgender Health 20th International Symposiumissa Illinois'n Chicagossa pidetty esitelmä*. Otettu 22.4.2010 osoitteesta http://www.changelingaspects.com/PDF/2007-09-06-Prevalence_of_Transsexualism.pdf
- Oriel, K. A. (2000). Clinical update: Medical care of transsexual patients. *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association*, *4*(4), 185–194. doi:1090-7173/00/1200-0185\$18.00/1
- Pauly, I. B. (1965). Male psychosexual inversion: Transsexualism: A review of 100 cases. *Archives of General Psychiatry*, *13*(2), 172–181.
- Pauly, I. B. (1981). Outcome of sex reassignment surgery for transsexuals. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *15*(1), 45–51. doi:10.3109/00048678109159409
- Payer, A. F., Meyer III, W. J. & Walker, P. A. (1979). The ultrastructural response of human leydig cells to exogenous estrogens. *Andrologia*, *11*(6), 423–436. doi:10.1111/j.1439-0272.1979.tb02232.x
- Peletz, M. G. (2006). Transgenderism and gender pluralism in southeast Asia since early modern times. *Current Anthropology*, *47*(2), 309–340. doi:10.1086/498947
- Pfäfflin, F. (1993). Regrets after sex reassignment surgery. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, *5*(4), 69–85.

- Pfäfflin, F. & Junge, A. (1998). Sex reassignment. Thirty years of international follow-up studies after sex reassignment surgery: A comprehensive review, 1961–1991. *International Journal of Transgenderism*. Otettu osoitteesta <http://web.archive.org/web/20070503090247/http://www.symposion.com/ijt/pfaefflin/1000.htm>
- Physicians' desk reference*. (61. painos). (2007). Montvale, NJ: PDR.
- Physicians' desk reference*. (65. painos). (2010). Montvale, NJ: PDR.
- Pleak, R. R. (1999). Ethical issues in diagnosing and treating gender-dysphoric children and adolescents. Teoksessa M. Rottnek (toim.), *Sissies and tomboys: Gender nonconformity and homosexual childhood* (sivut 34–51). New York: New York University Press.
- Pope, K. S. & Vasquez, M. J. (2011). *Ethics in psychotherapy and counseling: A practical guide* (4. painos). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.
- Prior, J. C., Vigna, Y. M. & Watson, D. (1989). Spironolactone with physiological female steroids for presurgical therapy of male-to-female transsexualism. *Archives of Sexual Behavior*, 18(1), 49–57. doi:10.1007/BF01579291
- Prior, J. C., Vigna, Y. M., Watson, D., Diewold, P. & Robinow, O. (1986). Spironolactone in the presurgical therapy of male to female transsexuals: Philosophy and experience of the Vancouver Gender Dysphoria Clinic. *Journal of Sex Information & Education Council of Canada*, 1, 1–7.
- Rachlin, K. (1999). Factors which influence individual's decisions when considering female-to-male genital reconstructive surgery. *International Journal of Transgenderism*, 3(3). Otettu osoitteesta <http://www.WPATH.org>
- Rachlin, K. (2002). Transgendered individuals' experiences of psychotherapy. *International Journal of Transgenderism*, 6(1). Otettu osoitteesta http://www.wpath.org/journal/www.iiav.nl/eazines/web/IJT/97-03/numbers/symposion/ijtvo06no01_03.htm.
- Rachlin, K., Green, J. & Lombardi, E. (2008). Utilization of health care among female-to-male transgender individuals in the United States. *Journal of Homosexuality*, 54(3), 243–258. doi:10.1080/00918360801982124
- Rachlin, K., Hansbury, G. & Pardo, S. T. (2010). Hysterectomy and oophorectomy experiences of female-to-male transgender individuals. *International Journal of Transgenderism*, 12(3), 155–166. doi:10.1080/15532739.2010.514220
- Reed, B., Rhodes, S., Schofield, P. & Wylie, K. (2009). *Gender variance in the UK: Prevalence, incidence, growth and geographic distribution*. Otettu 8.6.2011 osoitteesta <http://www.gires.org.uk/assets/Medpro-Assets/GenderVarianceUK-report.pdf>

- Rehman, J., Lazer, S., Benet, A. E., Schaefer, L. C. & Melman, A. (1999). The reported sex and surgery satisfactions of 28 postoperative male-to-female transsexual patients. *Archives of Sexual Behavior*, 28(1), 71–89. doi:10.1023/A:1018745706354
- Robinow, O. (2009). Paraphilia and transgenderism: A connection with Asperger's disorder? *Sexual and Relationship Therapy*, 24(2), 143–151. doi:10.1080/14681990902951358
- Rosenberg, M. (2002). Children with gender identity issues and their parents in individual and group treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(5), 619–621. doi:10.1097/00004583-200205000-00020
- Rossouw, J. E., Anderson, G. L., Prentice, R. L., LaCroix, A. Z., Kooperberg, C., Stefanick, M. L., . . . Johnson, K. C. (2002). Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: Principal results from the women's health initiative randomized controlled trial. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 288(3), 321–333.
- Royal College of Speech & Language Therapists, United Kingdom. <http://www.rcslt.org/>
- Ruble, D. N., Martin, C. L. & Berenbaum, S. A. (2006). Gender development. Teoksessa N. Eisenberg, W. Damon & R. M. Lerner (toim.), *Handbook of child psychology* (6. painos, sivut 858–932). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.
- Sausa, L. A. (2005). Translating research into practice: Trans youth recommendations for improving school systems. *Journal of Gay & Lesbian Issues in Education*, 3(1), 15–28. doi:10.1300/J367v03n01_04
- Simpson, J. L., de la Cruz, F., Swerdloff, R. S., Samango-Sprouse, C., Skakkebaek, N. E., Graham, J. M. J., . . . Willard, H. F. (2003). Klinefelter syndrome: Expanding the phenotype and identifying new research directions. *Genetics in Medicine*, 5(6), 460–468. doi:10.1097/01.GIM.0000095626.54201.D0
- Smith, Y. L. S., Van Goozen, S. H. M., Kuiper, A. J. & Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Sex reassignment: Outcomes and predictors of treatment for adolescent and adult transsexuals. *Psychological Medicine*, 35(1), 89–99. doi:10.1017/S0033291704002776
- Sood, R., Shuster, L., Smith, R., Vincent, A. & Jatoi, A. (2011). Counseling postmenopausal women about bioidentical hormones: Ten discussion points for practicing physicians. *Journal of the American Board of Family Practice*, 24(2), 202–210. doi:10.3122/jabfm.2011.02.100194
- Speech Pathology Australia. <http://www.speechpathologyaustralia.org.au/>
- Speiser, P. W., Azziz, R., Baskin, L. S., Ghizzoni, L., Hensle, T. W., Merke, D. P., . . . Oberfield, S. E. (2010). Congenital adrenal hyperplasia due to steroid 21-hydroxylase deficiency: An endocrine society clinical practice guideline. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 95(9), 4133–4160. doi:10.1210/jc.2009-2631

- Steensma, T. D., Biemond, R., de Boer, F. & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow-up study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. Ennakkojulkaisu verkossa. doi:10.1177/1359104510378303
- Steensma, T. D. & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Gender transitioning before puberty? *Archives of Sexual Behavior*, 40(4), 649–650. doi:10.1007/s10508-011-9752-2
- Stikkelbroeck, N. M. M. L., Beerendonk, C., Willemsen, W. N. P., Schreuders-Bais, C. A., Feitz, W. F. J., Rieu, P. N. M. A., . . . Otten, B. J. (2003). The long term outcome of feminizing genital surgery for congenital adrenal hyperplasia: Anatomical, functional and cosmetic outcomes, psychosexual development, and satisfaction in adult female patients. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 16(5), 289–296. doi:10.1016/S1083-3188(03)00155-4
- Stoller, R. J. (1964). A contribution to the study of gender identity. *International Journal of Psychoanalysis*, 45, 220–226.
- Stone, S. (1991). The empire strikes back: A posttranssexual manifesto. Teoksessa J. Epstein & K. Straub (toim.), *Body guards: The cultural politics of gender ambiguity* (sivut 280–304). Lontoo: Routledge.
- Tangpricha, V., Ducharme, S. H., Barber, T. W. & Chipkin, S. R. (2003). Endocrinologic treatment of gender identity disorders. *Endocrine Practice*, 9(1), 12–21.
- Tangpricha, V., Turner, A., Malabanan, A. & Holick, M. (2001). Effects of testosterone therapy on bone mineral density in the FTM patient. *International Journal of Transgenderism*, 5(4).
- Taywaditep, K. J., Coleman, E. & Dumronggittigule, P. (1997). Thaimaa (Muang Thai). Teoksessa R. Francoeur (toim.), *International encyclopedia of sexuality*. New York: Continuum.
- The World Professional Association for Transgender Health, Inc. (2008). *WPATH clarification on medical necessity of treatment, sex reassignment, and insurance coverage in the U.S.A.* Otettu osoitteesta <http://www.wpath.org/documents/Med%20Nec%20on%202008%20Letterhead.pdf>
- Thole, Z., Manso, G., Salgueiro, E., Revuelta, P. & Hidalgo, A. (2004). Hepatotoxicity induced by antiandrogens: A review of the literature. *Urologia Internationalis*, 73(4), 289–295. doi:10.1159/000081585
- Tom Waddell Health Center. (2006). *Protocols for hormonal reassignment of gender*. Otettu osoitteesta <http://www.sfdph.org/dph/comupg/oservices/medSvs/hlthCtrs/TransGendprotocols122006.pdf>
- Tsoi, W. F. (1988). The prevalence of transsexualism in Singapore. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78(4), 501–504. doi:10.1111/j.1600-0447.1988.tb06373.x

- Van den Broecke, R., Van der Elst, J., Liu, J., Hovatta, O. & Dhont, M. (2001). The female-to-male transsexual patient: A source of human ovarian cortical tissue for experimental use. *Human Reproduction*, *16*(1), 145–147. doi:10.1093/humrep/16.1.145
- van Kesteren, P. J. M., Asscheman, H., Megens, J. A. J. & Gooren, L. J. G. (1997). Mortality and morbidity in transsexual subjects treated with cross-sex hormones. *Clinical Endocrinology*, *47*(3), 337–343. doi:10.1046/j.1365-2265.1997.2601068.x
- van Kesteren, P. J. M., Gooren, L. J. & Megens, J. A. (1996). An epidemiological and demographic study of transsexuals in the Netherlands. *Archives of Sexual Behavior*, *25*(6), 589–600. doi:10.1007/BF02437841
- van Trotsenburg, M. A. A. (2009). Gynecological aspects of transgender healthcare. *International Journal of Transgenderism*, *11*(4), 238–246. doi:10.1080/15532730903439484
- Vanderburgh, R. (2009). Appropriate therapeutic care for families with pre-pubescent transgender/gender-dissonant children. *Child and Adolescent Social Work Journal*, *26*(2), 135–154. doi:10.1007/s10560-008-0158-5
- Vilain, E. (2000). Genetics of sexual development. *Annual Review of Sex Research*, *11*, 1–25.
- Wålinder, J. (1968). Transsexualism: Definition, prevalence and sex distribution. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *43*(S203), 255–257.
- Wålinder, J. (1971). Incidence and sex ratio of transsexualism in Sweden. *The British Journal of Psychiatry*, *119*(549), 195–196.
- Wallien, M. S. C. & Cohen-Kettenis, P. T. (2008). Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *47*(12), 1413–1423. doi:10.1097/CHI.0b013e31818956b9
- Wallien, M. S. C., Swaab, H. & Cohen-Kettenis, P. T. (2007). Psychiatric comorbidity among children with gender identity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *46*(10), 1307–1314. doi:10.1097/chi.0b013e3181373848
- Warren, B. E. (1993). Transsexuality, identity and empowerment. A view from the frontlines. *SIECUS Report*, *helmikuu/maaliskuu*, 14–16.
- Weitze, C. & Osburg, S. (1996). Transsexualism in Germany: Empirical data on epidemiology and application of the German Transsexuals' Act during its first ten years. *Archives of Sexual Behavior*, *25*(4), 409–425.
- Wilson, J. D. (1999). The role of androgens in male gender role behavior. *Endocrine Reviews*, *20*(5), 726–737. doi:10.1210/er.20.5.726

- Winter, S. (2009). Cultural considerations for The World Professional Association for Transgender Health's standards of care: The Asian perspective. *International Journal of Transgenderism*, 11(1), 19–41. doi:10.1080/15532730902799938
- Winter, S., Chalungsooth, P., Teh, Y. K., Rojanalert, N., Maneerat, K., Wong, Y. W., . . . Macapagal, R. A. (2009). Transpeople, transprejudice and pathologization: A seven-country factor analytic study. *International Journal of Sexual Health*, 21(2), 96–118. doi:10.1080/19317610902922537
- Wisniewski, A. B., Migeon, C. J., Malouf, M. A. & Gearhart, J. P. (2004). Psychosexual outcome in women affected by congenital adrenal hyperplasia due to 21-hydroxylase deficiency. *The Journal of Urology*, 171(6, Part 1), 2497–2501. doi:10.1097/01.ju.0000125269.91938.f7
- World Health Organization. (2007). *International classification of diseases and related health problems-10th revision*. Geneva, Sveitsi: World Health Organization.
- World Health Organization. (2008). *The world health report 2008: Primary health care - now more than ever*. Geneva, Sveitsi: World Health Organization.
- WPATH:n hallitus. (2010). *De-psycho-pathologisation statement, julkaistu 26.5.2010*. Otettu osoitteesta http://wpath.org/announcements_detail.cfm?pk_announcement=17
- Xavier, J. M. (2000). *The Washington, D.C. transgender needs assessment survey: Final report for phase two*. Washington, DC: Administration for HIV/AIDS of District of Columbia Government.
- Zhang, G., Gu, Y., Wang, X., Cui, Y. & Bremner, W. J. (1999). A clinical trial of injectable testosterone undecanoate as a potential male contraceptive in normal Chinese men. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 84(10), 3642–3647. doi:10.1210/jc.84.10.3642
- Zitzmann, M., Saad, F. & Nieschlag, E. (2006, huhtikuu). *Long term experience of more than 8 years with a novel formulation of testosterone undecanoate (nebido) in substitution therapy of hypogonadal men*. European Congress of Endocrinology -kongressissa Ison-Britannian Glasgow'ssa huhtikuussa 2006 pidetty esitelmä.
- Zucker, K. J. (1999). Intersexuality and gender identity differentiation. *Annual Review of Sex Research*, 10(1), 1–69.
- Zucker, K. J. (2004). Gender identity development and issues. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 13(3), 551–568. doi:10.1016/j.chc.2004.02.006
- Zucker, K. J. (2006). 'I'm half-boy, half-girl': Play psychotherapy and parent counseling for gender identity disorder. Teoksessa R. L. Spitzer, M. B. First, J. B. W. Williams & M. Gibbons (toim.), *DSM-IV-TR casebook, volume 2* (sivut 321–334). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.

- Zucker, K. J. (2010). The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in children. *Archives of Sexual Behavior, 39*(2), 477–498. doi:10.1007/s10508-009-9540-4
- Zucker, K. J. & Bradley, S. J. (1995). *Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents*. New York: Guilford Press.
- Zucker, K. J., Bradley, S. J., Owen-Anderson, A., Kibblewhite, S. J. & Cantor, J. M. (2008). Is gender identity disorder in adolescents coming out of the closet? *Journal of Sex & Marital Therapy, 34*(4), 287–290. doi:10.1080/00926230802096192
- Zucker, K. J., Bradley, S. J., Owen-Anderson, A., Kibblewhite, S. J., Wood, H., Singh, D. & Choi, K. (2002). Demographics, behavior problems, and psychosexual characteristics of adolescents with gender identity disorder or transvestic fetishism. *Journal of Sex & Marital Therapy, 28*(3), 207–220. doi:10.1080/009262302096192
- Zucker, K. J. & Lawrence, A. A. (2009). Epidemiology of gender identity disorder: Recommendations for the standards of care of The World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism, 11*(1), 8–18. doi:10.1080/15532730902799946
- Zucker, K. J., Owen, A., Bradley, S. J. & Ameerliar, L. (2002). Gender-dysphoric children and adolescents: A comparative analysis of demographic characteristics and behavioral problems. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 7*(3), 398–411. doi:10.1080/155327302096192
- Zuger, B. (1984). Early effeminate behavior in boys: Outcome and significance for homosexuality. *Journal of Nervous and Mental Disease, 172*(2), 90–97. doi:10.1097/00006123-198402000000090

LIITE A: SANASTO

Transsukupuolisten, muunsukupuolisten ja sukupuolen kokemukseltaan tai ilmaisultaan epänormatiivisten ihmisten terveydenhoitoa koskeva sanasto muuttuu nopeasti: uusia termejä otetaan käyttöön ja nykyisten termien määritelmiä muutetaan. Niinpä alan sanasto synnyttää usein väärinymmärryksiä, keskustelua ja erimielisyyksiä. Jäljempänä määritellään tämän asiakirjan tarkoituksia varten termit, jotka saattavat olla lukijoille vieraita tai joilla on erityinen merkitys hoitosuosituksissa. Jotkut kulttuurit ja yhteisöt saattavat hyväksyä nämä määritelmät, mutta WPATH myöntää, että nämä termit voidaan määritellä eri tavoin eri kulttuureissa, yhteisöissä ja konteksteissa.

WPATH myöntää myös, että monet tästä väestöryhmästä käytettävät termit eivät ole ihan-teellisia. Esimerkiksi termejä *transsukupuolinen* ja *transvestiitti* – ja joidenkin mielestä myös uudempaa termiä *muunsukupuolinen* – on käytetty tavalla, joka on tehnyt ihmisistä objekteja. Tällaisia termejä käyttävät jossain määrin kuitenkin monet sellaiset ihmiset, jotka pyrkivät parhaansa mukaan tulemaan ymmärretyiksi. Jatkamalla näiden termien käyttöä WPATH pyrkii ainoastaan takaamaan, että konseptit ja prosessit ovat helppotajuisia, jolloin transsukupuolisille, muunsukupuolisille ja kokemukseltaan tai ilmaisultaan sukupuolinormeja vastaamattomille ihmisille pystytään tarjoamaan laadukasta terveydenhoitoa. WPATH suhtautuu avoimin mielin uuteen termistöön, joka kuvaa tarkemmin tämän monimuotoisen väestönosan kokemuksia ja parantaa terveydenhoidon saatavuutta ja palveluiden toteuttamista.

Biologisesti samanarvoiset hormonit: Hormonit, jotka ovat *rakenteellisesti* identtisiä ihmiskehosta löydettyjen hormonien kanssa (ACOG Committee of Gynecologic Practice, 2005). Hormonihoidossa, jossa käytetään biologisesti samanarvoisia hormoneja (*bioidentical hormone therapy, BHT*), hormonit ovat yleensä kasviperäisiä ja vastaavat rakenteeltaan ihmisen endogeenisiä hormoneja. Kaupallisia tarkoituksia varten ne on kuitenkin käsiteltävä bioidenttisiksi.

Biologisesti samanarvoisten hormonien yhdistehormonihoito (bioidentical compounded hormone therapy, BCHT): Sellaisten hormonien käyttö, jotka valmistetaan, sekoitetaan, kootaan, pakataan tai merkitään lääkkeeksi apteekissa potilaan saaman yksilöllisen lääkemääräyksen mukaisesti. Jokainen yksilöllisesti kuluttajalle valmistettu tuote ei voi saada valtion lääkeviraston hyväksyntää.

Transvestisuus (ristiinpukeutuminen): Pukeutuminen ja sukupuoliroolin ilmaiseminen tavalla, joka kyseisessä kulttuurissa on tyypillisempää toiselle sukupuolelle.

Sukupuolen kehityksen häiriöt (disorders of sex development, DSD): Synnynnäisiä tiloja, joissa kromosomeihin, sukurauhasiin tai anatomiaan perustuvat sukupuolen tunnusmerkit ovat epätyypillisiä. Jotkut vastustavat jyrkästi ilmiön kutsumista häiriöksi ja pitävät näitä synnynnäisiä tiloja pikemminkin monimuotoisuuden ilmentyminä (Diamond, 2009) ja käyttävät siksi mieluummin termejä *intersukupuolinen* ja *intersukupuolisuus*.

Transmies (FTM, Female-to-Male): Viittaa syntymässä naiseksi määriteltyyn henkilöön, joka on muuttamassa tai on jo muuttanut kehoaan ja/tai sukupuolirooliaan maskuliiniseksi.

Sukupuolidysforia: Pahan olon tunne tai ahdistus, joka johtuu sukupuoliriidasta eli erosta henkilön sukupuoli-identiteetin ja hänelle syntymässä määritellyn sukupuolen (sekä siihen liittyvän sukupuoliroolin ja/tai ensi- ja toissijaisten sukupuolitunnusmerkkien) välillä (Fisk, 1974; Knudson, De Cuyper & Bockting, 2010b).

Sukupuoli-identiteetti: Ihmisen oma kokemus siitä, onko hän sukupuoleltaan miespuolinen (poika tai mies), naispuolinen (tyttö tai nainen) tai jokin muu (esimerkiksi poikatyttö, tyttö-poika, muunsukupuolinen, genderqueer tai sukupuoleton) (Bockting, 1999; Stoller, 1964).

Sukupuoli-identiteetin häiriö: Virallinen diagnoosi, joka on määritelty teoksessa *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders, 4. painos, tark. teksti (DSM IV-TR)* (American Psychiatric Association, 2000). Sukupuoli-identiteetin häiriölle on tyypillistä vahva ja pysyvä toiseen sukupuoleen samaistuminen ja pysyvä tyytymättömyys nykyiseen sukupuoleen tai tunne sopimattomuudesta nykyiseen sukupuoleen liittyvään sukupuolirooliin. Tämä aiheuttaa kliinisesti merkittävää ahdistusta tai haittaa sosiaalisia suhteita, työelämää ja muita elämän tärkeitä osa-alueita.

Sukupuolinormeista erottuva kokemus tai ilmaisu: Viittaa ihmisiin, joiden sukupuoli-identiteetti, sukupuolirooli tai sukupuolen ilmaisu eroaa siitä, mikä on sillä hetkellä heidän kulttuurissaan normatiivista heidän syntymässä määritellylle sukupuolelleen.

Sukupuolirooli tai sukupuolen ilmaisu: Persoonallisuuden, ulkonäön ja käyttäytymisen ominaispiirteet, jotka tietyssä kulttuurissa ja tietyssä aikana yhdistetään maskuliinisuuteen tai feminiinisuuteen (eli tyypillisemmäksi miehen tai naisen sosiaalisessa roolissa) (Ruble, Martin & Berenbaum, 2006). Vaikka useimmat ihmiset ovat omaksuneet selkeästi maskuliinisen tai feminiinisen sosiaalisen sukupuoliroolin, joillakin on vaihtoehtoinen sukupuolirooli, kuten genderqueer tai muunsukupuolinen (transgender). Kaikilla ihmisillä on sukupuolen ilmaisussaan sekä maskuliinisia että feminiinisiä piirteitä, mutta niiden ilmaisutavat ja voimakkuusasteet vaihtelevat (Bockting, 2008).

Genderqueer tai muunsukupuolinen: Nimitys, jota voidaan käyttää ihmisistä, joiden sukupuoli-identiteetti ja/tai -rooli ei vastaa kaksijakoista sukupuolikäsitystä, jonka mukaan sukupuolia ovat vain mies ja nainen sekä sosiaalisesti että fyysisesti (Bockting, 2008).

Sisäistetty transfobia: Tyytymättömyys omiin tunteisiin tai identiteettiin transihmisenä yhteiskunnan normatiivisten sukupuoliodotusten sisäistämisen seurauksena.

Transnainen (MTF, Male-to-Female): Viittaa syntymässä mieheksi määriteltyyn henkilöön, joka on muuttamassa tai on jo muuttanut kehoaan ja/tai sukupuolirooliaan feminiiniseksi.

Luonnolliset hormonit: Luonnollisista lähteistä, kuten kasveista tai eläimistä, peräisin olevat hormonit. Luonnolliset hormonit voivat myös olla biologisesti samanarvoisia.

Sukupuoli: Sukupuoli määritellään syntymässä mieheksi tai naiseksi. Määritelmä perustuu yleensä ulkoisten sukuelinten ulkonäköön. Jos määrittelyä ei voi tehdä ulkoisten sukuelinten perusteella, otetaan huomioon muut tekijät (sisäiset sukuelimet sekä kromosomaalinen ja hormonaalinen sukupuoli) (Grumbach, Hughes & Conte, 2003; MacLaughlin & Donahoe, 2004; Money & Ehrhardt, 1972; Vilain, 2000). Useimpien ihmisten sukupuoli-identiteetti ja sukupuolen ilmaisu vastaavat heille syntymässä määriteltyä sukupuolta, mutta transsukupuolisilla, muunsukupuolisilla ja sukupuolen kokemukseltaan tai ilmaisultaan epänormatiivisilla ihmisillä sukupuoli-identiteetti tai sukupuolen ilmaisu eroavat syntymässä määritellystä sukupuolesta.

Sukupuolenkorjausleikkaus: Leikkaus, jolla muutetaan ensi- ja/tai toissijaiset sukupuoli-tunnusmerkit henkilön sukupuoli-identiteetin mukaisiksi. Sukupuolenkorjausleikkaus voi olla tärkeä osa lääketieteellisesti välttämätöntä hoitoa sukupuolidysforian lievittämiseksi.

Muunsukupuolinen (transgender): Nimitys, jolla viitataan erilaisiin ihmisiin, jotka voivat olla jotakin kulttuurissaan määriteltyjen sukupuolikategorioiden väliltä tai kokonaan tämän jaon ulkopuolella. Muunsukupuolinen sukupuoli-identiteetti eroaa eriasteisesti sukupuolesta, joka on määritelty syntymän yhteydessä (Bockting, 1999).

Korjausprosessi, transitio: Ajanjakso, jonka aikana henkilö siirtyy syntymässä määritellyn sukupuolensa mukaisesta sukupuoliroolista toiseen sukupuolirooliin. Monet ihmiset ryhtyvät tällöin opettelemaan sosiaalista elämää uudessa sukupuoliroolissa. Toisille tämä taas tarkoittaa itselle sopivimman sukupuoliroolin ja sukupuolen ilmaisun löytämistä. Korjausprosessiin saattaa sisältyä kehon feminisaatio tai maskulinisaatio hormonien tai muiden lääketieteellisten toimenpiteiden avulla. Korjausprosessin luonne ja kesto vaihtelevat yksilöllisten tarpeiden mukaan.

Transsukupuolinen: Usein terveydenhoidon ammattilaisten käyttämä nimitys, jolla viitataan ihmisiin, jotka pyrkivät muuttamaan tai ovat jo muuttaneet ensi- ja/tai toissijaisia sukupuolitunnusmerkkejään feminisoivilla tai maskulinisoivilla lääketieteellisillä toimenpiteillä (hormoneilla ja/tai leikkauksilla). Yleensä tähän liittyy myös sukupuoliroolin pysyvä muuttaminen.

Liite B: Hormonihoitojen lääketieteellisten riskien yhteenveto

Jäljempänä esitellyt riskit perustuvat kahteen kattavaan, näyttöön perustuvaan maskulinisoi-vaa/feminisoivaa hormonihoitoa käsittelevään kirjallisuuskatsaukseen (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009) sekä suureen kohorttitutkimukseen (Asscheman et al., 2011). Nämä katsaukset voivat toimia hoidon antajien yksityiskohtaisina lähdeaineistoina yhdessä muiden laajalti tunnustettujen kliinisten julkaisujen kanssa (esimerkiksi Dahl et al., 2006; Ettner et al., 2007).

Feminisoivan hormonihoiton riskit (MTF)

Todennäköisesti kohonnut riski:

Laskimotromboembolia

- Estrogeenin käyttö lisää laskimotromboemboolian (VTE) riskiä erityisesti yli 40-vuotiailla, tupakoitsijoilla, paljon istuvilla ja ylipainoisilla sekä henkilöillä, joilla on tukostaipumusta.
- Riski kasvaa, kun lisäksi käytetään kolmannen sukupolven progestiineja.
- Riski pienenee, kun käytetään transdermaalista (eikä oraalista) estradiolin annostelutapaa. Sitä suositellaan potilaille, joilla on kohonnut VTE-riski.

Sydän- ja verisuonitaudit sekä aivoverisuonitaudit

- Estrogeenin käyttö lisää sydän- ja verisuonitautien riskiä yli 50-vuotiailla, joilla on sydän- ja verisuonitautien riskitekijöitä. Progestiinin käyttö saattaa nostaa tätä riskiä.

Lipidit

- Suun kautta otettavan estrogeenin käyttö voi lisätä merkittävästi potilaiden triglyseridejä, mikä taas lisää haimatulehdusten ja sydän- ja verisuonitautien riskiä.
- Eri antoreiteilla on erilaisia metabolisia vaikutuksia HDL- ja LDL-kolesterolien sekä lipoproteiini (a):n tasoihin.
- Yleisesti ottaen kliininen näyttö viittaa siihen, että MTF-potilaat, joilla on jo ennestään lipidihäiriöitä, voivat hyötyä estrogeenin transdermaalista antoreitista oraalisesta sijaan.

Maksa/sappirakko

- Estrogeenin ja syproteroniasetaatin käyttöön voi liittyä ohimenevää maksan entsyymien nousua ja harvoissa tapauksissa myös kliinistä maksatoksisuutta.
- Estrogeenin käyttö lisää sappikivitaudin riskiä ja sitä kautta sappirakon poiston todennäköisyyttä.

Mahdollisesti kohonnut riski:

Tyypin 2 diabetes

- Feminisoiva hormonihoito, erityisesti estrogeenihoito, voi lisätä tyypin 2 diabeteksen riskiä erityisesti potilailla, joiden suvussa on diabetesta tai joilla on muita tämän taudin riskitekijöitä.

Kohonnut verenpaine (hypertensio)

- Estrogeenin käyttö voi nostaa verenpainetta, mutta sen vaikutusta ilmeisen hypertension ilmaantuvuuteen ei tunneta.
- Spironolaktoni alentaa verenpainetta, ja sitä suositellaankin riskiryhmään kuuluville tai verenpainetauti sairastaville feminisaatiota toivoville potilaille.

Prolaktinooma

- Estrogeenin käyttö lisää MTF-potilaiden hyperprolaktinemian riskiä ensimmäisen hoitovuoden aikana, mutta riski on epätodennäköinen sen jälkeen.
- Suurten estrogeeniannosten käyttö voi edistää jo olemassa olevan, mutta kliinisesti piilevän prolaktinooman kehitystä.

Epävarma tai ei kohonnut riski:

Tähän luokkaan kuuluvat sairaudet, joiden riski on mahdollinen, mutta riskistä on niin vähän näyttöä, ettei selviä johtopäätöksiä voida tehdä.

Rintasyöpä

- Feminisoivia hormoneja käyttäneillä MTF-potilailla esiintyy rintasyöpää, mutta on epäselvää, miten riski eroaa niistä, joilla on ollut jo syntyessään naisen sukuelimet.
- Pidempikestoinen altistuminen feminisoiville hormoneille (eli estrogeenivalmisteiden käyttäminen useiden vuosien ajan), rintasyövän esiintyvyys suvussa, lihavuus (BMI > 35) ja progestiinin käyttö todennäköisesti vaikuttavat riskitasoon.

Feminisoivan hoidon muut sivuvaikutukset:

Seuraavia vaikutuksia voidaan pitää pieninä ja, jotkut potilaat saattavat pitää niitä jopa toivottavina. Ne ovat selkeästi sidoksissa feminisoivaan hormonihoitoon.

Hedelmällisyys ja seksuaalinen toiminta

- Feminisoiva hormonihoito voi heikentää hedelmällisyyttä.
- Feminisoiva hormonihoito voi heikentää libidoa.
- Feminisoiva hormonihoito vähentää yöerektioita, ja sillä on vaihtelevia vaikutuksia seksuaalisesti stimuloituihin erektioihin.

Antiandrogeenisten lääkkeiden riskit:

Feminisoivat hormonihoitot sisältävät usein erilaisia aineita, jotka vaikuttavat testosteronin tuotantoon tai vaikutukseen. Tällaisia aineita ovat esimerkiksi GnRH-agonistit, progestiinit (mukaan lukien syproteroniasetaatti), spironolaktoni ja 5-alfa-reduktaasi-inhibiittorit. Näihin aineisiin liittyviä erityisriskejä ei käsitellä tarkemmin hoitosuosituksissa. Spironolaktoni ja syproteroniasetaatti ovat kuitenkin niin laajasti käytettyjä, että niitä on syytä kommentoida.

Syproteroniasetaatti on progestationaalinen yhdiste, joka on ominaisuuksiltaan antiandrogeeninen (Gooren, 2005; Levy et al., 2003). Vaikka sitä käytetään laajalti Euroopassa, sitä ei

ole hyväksytty Yhdysvalloissa maksatoksisuusepäilyjen vuoksi (Thole, Manso, Salgueiro, Revuelta & Hidalgo, 2004). Spironolaktonia käytetään yleisesti feminisoivassa hormonihoi-
dossa antiandrogenina erityisesti alueilla, joilla syproteronia ei saa käyttää (Dahl et al.,
2006; Moore et al., 2003; Tangpricha et al., 2003). Spironolaktonia on pitkään käytetty ko-
honneen verenpaineen ja sydämen vajaatoiminnan hoidossa. Sen tavallisimpia sivuvaikutuk-
sia ovat muun muassa hyperkalemia, huimaus ja ruoansulatuskanavan oireet (*Physicians'
Desk Reference*, 2007).

Maskulinisoivan hormonihoiton riskit (FTM)

Todennäköisesti kohonnut riski:

Polysytemia

- Maskulinisoiva hormonihoito, jossa käytetään testosteronia tai muita androgeenisia ste-
roideja, lisää polysytemian riskiä (hematokriitti > 50 %) erityisesti niillä potilailla, joilla
on muita riskitekijöitä.
- Transdermaalinen antotapa ja annostuksen mukauttaminen voivat vähentää tätä riskiä.

Painonnousu / viskeraalinen rasva

- Maskulinisoiva hormonihoito voi aiheuttaa lievää painonnousua ja viskeraalisen rasvan
lisääntymistä.

Mahdollisesti kohonnut riski:

Lipidit

- Testosteronihoito vähentää HDL-kolesterolia, mutta vaikuttaa vaihtelevasti LDL-
kolesteroliin ja triglyserideihin.
- Suprafysiologiset (miehen vaihtelualan ulkopuoliset) testosteronin seerumitasot, joita
usein havaitaan pitkäaikaisessa lihaksensisäisessä käytössä, saattavat huonontaa lipidi-
profiileja, kun taas transdermaalinen käyttö näyttäisi olevan lipidineutraalimpi.
- Jos potilaalla on munasarjojen monirakkulaoireyhtymä tai dyslipidemia, dyslipidemia
saattaa huonontaa testosteronihoiton vuoksi.

Maksa

- Testosteronihoiton aikana maksan entsyymit saattavat kohota tilapäisesti.
- Maksan toimintahäiriöitä ja pahanlaatuisia kasvaimia on havaittu, kun metyyli-testostero-
nia on käytetty suun kautta. Useimmissa maissa metyyli-testosteronia ei kuitenkaan ole
enää saatavilla, eikä sitä tulisi enää käyttää.

Psykiatriset häiriöt

Maskulinisoiva hormonihoito, jossa käytetään testosteronia tai muita androgeenisia steroide-
ja, saattaa lisätä hypomanian, manian tai psykoottisten oireiden riskiä potilailla, joilla on
kyseisiä oireita aiheuttavia psykiatrisia häiriöitä. Tämä haitta näyttää liittyvän suurempiin
annoksiin tai suprafysiologiseen veren testosteronipitoisuuteen.

Epävarma tai ei kohonnut riski:

Tähän luokkaan kuuluvat sairaudet, joiden riski on mahdollinen, mutta riskistä on niin vähän näyttöä, ettei selviä johtopäätöksiä voida tehdä.

Osteoporoosi

- Testosteronihoito säilyttää FTM-potilaiden luun mineraalitiheyden tai lisää sitä ennen munasarjojen poistoa vähintään kolmen ensimmäisen hoitovuoden aikana.
- Munasarjojen poiston jälkeen luun mineraalitiheyden menetyksen riski kasvaa. Näin käy etenkin silloin, kun testosteronihoito on keskeytetty tai se on riittämätöntä. Riskiryhmään kuuluvat potilaat, jotka käyttävät testosteronia ainoastaan suun kautta.

Sydän- ja verisuonitaudit

- Tavallisilla fysiologisilla annoksilla toteutettu maskulinisoiva hormonihoito ei näytä lisäävän sydän- ja verisuonitautien riskiä terveillä potilailla.
- Maskulinisoiva hormonihoito saattaa lisätä sydän- ja verisuonitautien riskiä potilailla, joilla on riskitekijöitä.

Kohonnut verenpaine (hypertensio)

- Tavallisilla fysiologisilla annoksilla toteutettu maskulinisoiva hormonihoito saattaa lisätä verenpainetta, mutta se ei näytä lisäävän hypertension riskiä.
- Erityisessä vaarassa voivat olla potilaat, joilla on hypertension riskitekijöitä, kuten painonnousua, sukurasitusta tai munasarjojen monirakkulaoireyhtymä.

Tyypin 2 diabetes

- Testosteronihoito ei näytä lisäävän FTM-potilaiden tyypin 2 diabeteksen riskiä, jollei muita riskitekijöitä ole.
- Testosteronihoito voi lisätä entisestään tyypin 2 diabeteksen riskiä potilailla, joilla on muita riskitekijöitä, kuten merkittävää painonnousua, sukurasitusta tai munasarjojen monirakkulaoireyhtymä. Viitteitä ei ole riskin kasvamisesta niillä, joilla on dyslipidemian riskitekijöitä.

Rintasyöpä

- FTM-potilaiden testosteronihoito ei kasvata rintasyövän riskiä.

Kohdunkaulan syöpä

- FTM-potilaiden testosteronihoito ei kasvata kohdunkaulan syövän riskiä, mutta atrofisten muutosten vuoksi se saattaa lisätä pienten muutosten vaaraa papakokeissa.

Munasarjasyöpä

- Samalla tavalla kuin sukuelimiltään naiseksi syntyneillä henkilöillä, joilla on korkeat androgeenitasot, myös FTM-potilailla testosteronihoito saattaa lisätä munasarjasyövän riskiä, vaikka näyttöä tästä on vain vähän.

Kohdun limakalvon (endometriumin) syöpä

- FTM-potilaiden testosteronihoito saattaa lisätä riskiä kohdun limakalvon (endometrium) syöpään, vaikka näyttöä tästä on vain vähän.

Maskulinisoivan hoidon muut sivuvaikutukset:

Seuraavia vaikutuksia voidaan pitää pieninä ja, jotkut potilaat saattavat pitää niitä jopa toivottavina. Ne ovat selkeästi sidoksissa maskulinisaatioon.

Hedelmällisyys ja seksuaalinen toiminta

- FTM-potilaiden testosteronihoito vähentää hedelmällisyyttä, vaikka vaikutuksen voimakkuutta ja palautuvuutta ei tunneta.
- Testosteronihoito voi aiheuttaa pysyviä anatomisia muutoksia kehittyvään alkioon tai sikiöön.
- Testosteronihoito laajentaa klitorista ja lisää libidoa.

Akne, androgeeninen hiustenlähtö

Maskulinisoivan hormonihoidon tavallisia sivuvaikutuksia ovat myös akne ja jossain määrin miehille tyyppinen hiustenlähtö (androgeeninen hiustenlähtö).

LIITE C: Hormoni- ja leikkaushoitojen edellytysten yhteenveto

Aiempien hoitosuosittelujen mukaisesti myös tässä versiossa mainittujen sukupuolidysforiaa lievittävien hormoni- ja leikkaushoitojen edellytykset ovat kliinisiä suosituksia, joita yksittäiset terveydenhoidon ammattilaiset ja hoito-ohjelmien laatijat voivat muokata. Kliiniset poikkeamat hoitosuosituksista voivat johtua potilaan ainutlaatuisesta anatomisesta, sosiaalisesta tai psykologisesta tilanteesta, kokeneen terveydenhoidon ammattilaisen kehittyneestä tavasta käsitellä yleistä tilannetta, tutkimusprotokollasta, resurssipulasta useissa maailmankolkissa tai haittojen vähentämisstrategioiden tarpeesta. Nämä poikkeamat tulisi tunnistaa, selittää potilaalle ja dokumentoida tämän suostumuksella, jotta potilaalle taataan laadukas hoito ja oikeusturvan toteutuminen. Dokumentointi on myös hyvä tapa kerätä uusia tietoja, joita voidaan tutkia jälkikäteen ja kehittää näin terveydenhoitoa ja hoitosuosituksia.

Feminisoivan/maskulinisoivan hormonihoidon edellytykset (yksi lähete tai merkintä potilaskertomukseen psykososiaalisesta arvioinnista)

1. pysyvä ja hyvin dokumentoitu sukupuolidysforia
2. kyky tehdä tietoon perustuva päätös ja antaa suostumus hoitoon
3. täysi-ikäisyyden raja kyseisessä maassa (tätä nuoremman potilaan kanssa on noudatettava lapsille ja nuorille tarkoitettuja hoitosuosituksia)
4. Mahdollisten merkittävien terveys- tai mielenterveysongelmien kohtuullinen hoitotasapaino

Rintaleikkauksen edellytykset (yksi lähete)

Rintojen poisto ja miehen rintakehän luominen FTM-potilaille:

1. pysyvä ja hyvin dokumentoitu sukupuolidysforia
2. kyky tehdä tietoon perustuva päätös ja antaa suostumus hoitoon
3. täysi-ikäisyyden raja kyseisessä maassa (nuoremman potilaan kanssa on noudatettava lapsille ja nuorille tarkoitettuja hoitosuosituksia)
4. mahdollisten merkittävien terveys- tai mielenterveysongelmien kohtuullinen hoitotasapaino.

Hormonihoito ei ole ennakkoehto.

Rintojen suurentaminen (implantit/rasvansiirto) MTF-potilaille:

1. pysyvä ja hyvin dokumentoitu sukupuolidysforia
2. kyky tehdä tietoon perustuva päätös ja antaa suostumus hoitoon
3. täysi-ikäisyyden raja kyseisessä maassa (nuoremman potilaan kanssa on noudatettava lapsille ja nuorille tarkoitettuja hoitosuosituksia)
4. mahdollisten merkittävien terveys- tai mielenterveysongelmien kohtuullinen hoitotasapaino.

Vaikka feminisoiva hormonihoito ei olekaan ennakkoehto, on suositeltavaa, että MTF-potilaat käyvät läpi vähintään 12 kuukauden hormonihoidon ennen rintojen suurentamisleikkausta. Tavoitteena on maksimoida rintojen kasvu parhaiden (esteettisten) leikkaustulosten takaamiseksi.

Sukuelinten leikkauksen edellytykset (kaksi lähetettä)

FTM-potilaiden kohdun ja munasarjojen poisto ja MTF-potilaiden kivesten poisto:

1. pysyvä ja hyvin dokumentoitu sukupuoli-dysforia
2. kyky tehdä tietoon perustuva päätös ja antaa suostumus hoitoon
3. täysi-ikäisyyden raja kyseisessä maassa
4. mahdollisten merkittävien terveys- tai mielenterveysongelmien hyvä hoitotasapaino
5. jatkuva hormonihoito 12 kuukauden ajan potilaan sukupuolitavoitteiden mukaisesti (ellei potilaalla ole kliinistä syytä olla ottamatta hormoneja)

Sukurauhasten poistoleikkausta edeltävän hormonihoidon tarkoitus on ensisijaisesti toteuttaa vielä peruttavissa oleva estrogeenin tai testosteronin tuotannon estäminen, ennen kuin potilaalle tehdään peruuttamaton leikkaus.

Nämä edellytykset eivät koske potilaita, joille kyseiset toimenpiteet tehdään sukupuoli-dysforiaan liittymättömistä lääketieteellisistä syistä.

FTM-potilaiden metoidioplastia tai falloplastia ja MTF-potilaiden vaginoplastia:

1. pysyvä ja hyvin dokumentoitu sukupuoli-dysforia
2. kyky tehdä tietoon perustuva päätös ja antaa suostumus hoitoon
3. täysi-ikäisyyden raja kyseisessä maassa
4. mahdollisten merkittävien terveys- tai mielenterveysongelmien hyvä hoitotasapaino
5. Jatkuva hormonihoito 12 kuukauden ajan potilaan sukupuolitavoitteiden mukaisesti (ellei potilaalla ole kliinistä syytä olla ottamatta hormoneja)
6. Eläminen sukupuoli-identiteettiä vastaavassa sukupuoli-roolissa 12 peräkkäisen kuukauden ajan

Vaikka kyse ei olekaan nimenomaisesta edellytyksestä, on suositeltavaa, että nämä potilaat käyvät säännöllisesti mielenterveysalan tai muun terveydenhoidon ammattilaisen vastaanotolla.

Edellä mainittu sukuelinten tietäntyyppisten leikkausten edellytys, eli eläminen sukupuoli-identiteettiä vastaavassa sukupuoli-roolissa 12 peräkkäisen kuukauden ajan, perustuu asiantuntijoiden kliiniseen yhteisymmärrykseen siitä, että tämä kokemus tarjoaa potilaille runsaasti mahdollisuuksia kokeilla haluamaansa sukupuoli-roolia ja sopeutua siihen sosiaalisesti ennen peruuttamatonta leikkausta.

LIITE D: Näyttö hoitomenetelmien kliinisistä tuloksista

Tulosanalyysi tukee valtavasti uusia hoitomuotoja. Sukupuolenkorjausleikkauksen kiistanalaisen luonteen vuoksi tällainen analyysi on ollut erittäin tärkeä. Lähes kaikki tämän alan vaikuttavuustutkimukset ovat olleet retrospektiivisiä.

Yksi ensimmäisistä tutkimuksista, joissa kartoitettiin transsukupuolisten potilaiden psykososiaalisia tuloksia hoidon jälkeen, tehtiin vuonna 1979 Johns Hopkins University School of Medicine and Hospitalissa (J. K. Meyer & Reter, 1979). Tutkimuksessa keskityttiin potilaiden työelämän, koulutuksen, avioliiton ja asumisen vakauteen. Tulokset paljastivat useita merkittäviä hoidon jälkeisiä muutoksia. Näitä muutoksia ei nähty myönteisinä, vaan ne pikemminkin osoittivat, että monet hoito-ohjelmaan osallistuneet eivät tunteneet oloaan paremmaksi vaan saattoivat jopa voida huonommin ohjelmaan osallistumisen jälkeen. Nämä havainnot johtivat hoito-ohjelman lopettamiseen kyseisessä laitoksessa (Abramowitz, 1986).

Tämän jälkeen huomattava määrä terveydenhoidon ammattilaisia vaati, että sukupuolenkorjausleikkauksille oli määritettävä kelpoisuussuosituksia. Tämän vuoksi Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association -järjestö (nykyisin WPATH) laati ensimmäiset hoitosuosituksia vuonna 1979.

Vuonna 1981 Pauly julkaisi tulokset laajasta retrospektiivisestä tutkimuksesta, johon osallistuneet ihmiset olivat käyneet sukupuolenkorjausleikkauksessa. Tämän tutkimuksen osallistujille oli käynyt huomattavasti paremmin: 83 FTM-potilaasta 80,7 prosenttia oli tyytyväisiä (potilaat ilmoittivat parantuneesta sosiaalisesta ja emotionaalisesta sopeutumisesta) ja 6,0 prosenttia tyytymättömiä. 283 MTF-potilaasta 71,4 prosenttia oli tyytyväisiä ja 8,1 prosenttia tyytymättömiä. Tutkimukseen osallistui potilaita, joita oli hoidettu, ennen kuin hoitosuosituksia julkaistiin ja otettiin käyttöön.

Hoitosuositusten käyttöönotosta lähtien sukupuolenkorjausleikkauksen läpikäyneiden potilaiden tyytyväisyys on noussut tasaisesti ja tyytymättömyys puolestaan laskenut. Vuoden 1996 jälkeen toteutetut tutkimukset on tehty potilaille, joita on hoidettu hoitosuositusten mukaisesti. Rehmanin ja hänen kollegoidensa (1999) sekä Kregen ja hänen kollegoidensa (2001) tutkimuslöydökset ovat tyypillisiä: kukaan tutkimukseen osallistuneista potilaista ei katunut leikkausta, ja useimmat ilmoittivat olevansa tyytyväisiä leikkauksen kosmeettisiin ja toiminnallisiin tuloksiin. Jopa potilaat, joilla oli vakavia leikkauksen jälkeisiä komplikaatioita, katuivat vain harvoin leikkausta. Leikkaustulosten laatu on yksi sukupuolenkorjauksen onnistumisen tärkeimmistä osatekijöistä (Lawrence, 2003). Suurin osa seurantatutkimuksista on osoittanut, että sukupuolenkorjausleikkauksella on kiistattoman suotuisa vaikutus leikkauksen jälkeisiin tuloksiin, kuten subjektiiviseen hyvinvointiin, kehon esteettisyyteen ja seksuaaliseen toimintaan (De Cuypere et al., 2005; Garaffa, Christopher & Ralph, 2010; Klein & Gorzalka, 2009), vaikka nykyisen näytön avulla ei voidakaan määrittää hyödyn tarkkaa suuruusluokkaa. Yhdessä tutkimuksessa (Emory, Cole, Avery, Meyer & Meyer III, 2003) osoitettiin jopa potilaiden tulojen kasvaneen.

Yhdessä huolestuttavassa raportissa (Newfield et al., 2006) kerrottiin, että FTM-potilaiden elämänlaatu on huonompi (mitattuna SF-36:lla) kuin väestöllä keskimäärin. Tutkimuksen

heikkoutena on se, että sen 384 osallistujaa rekrytoitiin tavallisella sähköpostilla järjestelmällisen lähestymistavan sijaan eikä hoidon laajuutta tai tyyppiä kirjattu ylös. Testosteronia käyttäneet potilaat olivat tyypillisesti käyttäneet sitä alle viisi vuotta. Rintaleikkauksessa käyneiden potilaiden elämänlaadun raportoitiin olevan parempi kuin niillä, jotka eivät olleet kyseisessä leikkauksessa käyneet ($p < .001$). (Sukuelinkirurgiasta ei tehty samanlaista analyysiä.) Kuhnin ja hänen kollegoidensa tutkimuksessa (2009) käytettiin King's Health Questionnaire -kyselylomaketta, jolla arvioitiin 55 transsukupuolisen potilaan elämänlaatua 15 vuotta leikkauksen jälkeen. Tuloksia verrattiin sellaisten 20 terveeseen naispuoliseen verrokkipotilaan tuloksiin, jotka olivat aiemmin olleet vatsan tai lantion alueen leikkauksessa. Transsukupuolisten potilaiden elämänlaatua koskevat tulokset olivat tietyissä alaluokissa (tunteet, uni, inkontinenssi, oireiden vakavuus ja roolirajoitukset) samoja tai parempia kuin verrokkiryhmällä, mutta huonompia muilla osa-alueilla (yleinen terveys, fyysiset rajoitukset ja henkilökohtaiset rajoitukset).

Kahdessa pitkäaikaisessa ja retrospektiivisessä havainnoivassa tutkimuksessa verrattiin transsukupuolisten aikuisten kuolleisuutta ja psykiatrista sairastuvuutta maan väestöön keskimäärin (Asscheman et al., 2011; Dhejne et al., 2011). Ruotsin sosiaalhallituksen rekisterin mukaan sukupuolenkorjausleikkauksessa käyneillä (191 MTF-potilasta ja 133 FTM-potilasta) oli merkittävästi suuremmat kuolleisuus- ja itsemurhaluvut sekä enemmän itsetuhoisuutta ja psykiatrista sairastuvuutta kuin ei-transsukupuolisella verrokkiryhmällä, kun ikä, maahanmuuttajan asema, aiemmat psykiatriset sairaudet ja syntymäsuupuoli otettiin huomioon (Dhejne et al., 2011). Samansuuntaisesti Alankomaissa tehdyn tutkimuksen mukaan sekä ennen leikkausta että sen jälkeen transsukupuolisten potilaiden (966 MTF-potilasta ja 365 FTM-potilasta) kuolleisuus- ja itsemurhaluvut olivat suurempia kuin maan valtaväestöllä (Asscheman et al., 2011). Kummassakaan näistä tutkimuksista ei käsitelty sukupuolenkorjauksen tehokkuutta: kummassakaan ei nimittäin ollut riittävää verrokkiryhmää transsukupuolisista, jotka eivät olleet saaneet lainkaan hoitoa tai olivat saaneet muunlaista hoitoa kuin sukelinkirurgiaa. Lisäksi näissä tutkimuksissa transsukupuolisia henkilöitä oli hoidettu niinkin kauan sitten kuin 1970-luvulla. Nämä löydökset korostavat kuitenkin sitä, että tällä väestöosalla on tarvetta pitkäaikaiseen psykologiseen ja psykiatriseen hoitoon. Sukupuolidysforian nykyisten arviointi- ja hoitotapojen tuloksista tarvitaan lisätutkimuksia.

On vaikea määrittää, miten tehokkaita pelkät hormonit ovat sukupuolidysforian lievittämisessä. Useimmat tutkimukset, joissa arvioidaan maskulinisoivan/feminisoivan hormonihoidon tehokkuutta sukupuolidysforian lievittämisessä, keskittyvät potilaisiin, joille on tehty myös sukupuolenkorjausleikkaus. Sekä hormoni- että leikkaushoitoa sisältävien lähestymistapojen tulokset ovat myönteisiä. Tämä todettiin kattavassa katsauksessa, johon sisältyi yli 2 000 potilasta kaikkiaan 79:stä (pääosin havainnoivasta) tutkimuksesta vuosilta 1961–1991 (Eldh, Berg & Gustafsson, 1997; Gijss & Brewaeys, 2007; Murad et al., 2010; Pfäfflin & Junge, 1998). Vuoden 1986 jälkeen leikatut potilaat pärjäsivät paremmin kuin ennen vuotta 1986 leikatut. Tämä kuvastaa leikkauskomplikaatioiden merkittävää vähenemistä (Eldh et al., 1997). Useimmat potilaat ovat ilmoittaneet psykososiaalisten tulosten parantuneen: MTF-potilaista tätä mieltä on 87 prosenttia ja FTM-potilaista 97 prosenttia (Green & Fleming, 1990). Samanlaisia tuloksia saatiin ruotsalaisessa tutkimuksessa, jonka mukaan lähes kaikki potilaat olivat tyytyväisiä sukupuolenkorjaukseen viiden vuoden kuluttua. Saman tutkimuksen mukaan klinikot arvioivat seurantatarkastuksissa potilaiden kokonaistoiminnan

vakiintuneen tai parantuneen 86 prosentissa tapauksista (Johansson, Sundbom, Höjerback & Bodlund, 2010). Näiden aiempien tutkimusten heikkouksia ovat niiden retrospektiivinen luonne ja erilaisten kriteerien käyttö tulosten arvioinnissa.

Alankomaissa tehtiin prospektiivinen tutkimus, jossa arvioitiin 325 aikuista ja nuorta, jotka halusivat sukupuolenkorjauksen (Smith, Van Goozen, Kuiper & Cohen-Kettenis, 2005). Sekä hormonaalisen että kirurgisen sukupuolenkorjaushoidon läpikäyneiden potilaiden keskimääräiset Utrechtin sukupuolidysforia-asteikolla mitatut sukupuolidysforiatulokset paranivat. Myös kehotytyttömyyttä ja psykologista toimintaa koskevat tulokset paranivat useimmissa luokissa. Alle kaksi prosenttia potilaista osoitti katumusta hoidon jälkeen. Tämä on suurin prospektiivinen tutkimus, joka vahvistaa retrospektiivisten tutkimusten tulokset siitä, että hormonihoito ja leikkaus yhdessä parantavat sukupuolidysforiaa ja muita psykososiaalisen toiminnan osa-alueita. Lisätutkimuksia tarvitaan yhä siitä, miten hormonihoitot vaikuttavat ilman leikkausta ja ilman maksimaalisen fyysisen feminisaation tai maskulinisaation tavoitetta.

Kaiken kaikkiaan tutkimukset ovat osoittaneet vaikuttavuuden tasaista parantumista alan kehityksen myötä. Tulostutkimuksissa on keskitytty pääasiassa sukupuolenkorjausleikkauksen lopputuloksiin. Nykykäytännöissä on monenlaisia identiteettiä ja rooleihin sekä fyysisiin seikkoihin liittyviä mukautuksia, joiden lisäseuranta tai tulostutkimus olisi hyödyllistä (Institute of Medicine, 2011).

LIITE E: Hoitosuositusten 7. version kehitysprosessi

Hoitosuositusten 7. version kehitysprosessi alkoi, kun alkuperäinen työryhmä perustettiin vuonna 2006. Jäsenet kutsuttiin tutkimaan hoitosuositusten 6. version tiettyjä osioita. Jokaisen osion kohdalla pyydettiin arvioimaan aiheeseen liittyvää kirjallisuutta, tunnistamaan tutkimuksen puutteet ja tarpeet ja suosittelemaan mahdollisia uuteen näyttöön perustuvia muutoksia hoitosuosituksiin. Kutsu lähetettiin seuraaville kirjoittajille: Aaron Devor, Walter Bockting, George Brown, Michael Brownstein, Peggy Cohen-Kettenis, Griet DeCuyper, Petra De Sutter, Jamie Feldman, Lin Fraser, Arlene Istar Lev, Stephen Levine, Walter Meyer, Heino Meyer-Bahlburg, Stan Monstrey, Loren Schechter, Mick van Trotsenburg, Sam Winter ja Ken Zucker. Jotkut heistä pyysivät mukaan muitakin auttamaan tehtävässään.

Alustavat versiot piti palauttaa 1.6.2007 mennessä. Useimmat kirjoituksista olivat valmiit vuoden 2007 syyskuussa, ja loput valmistuivat saman vuoden loppuun mennessä. Nämä kirjoitukset lähetettiin sitten *International Journal of Transgenderism (IJT)* -lehteen. Jokainen artikkeli kävi läpi IJT:n tavanomaisen vertaisarviointiprosessin. Lopulliset artikkelit julkaistiin vuoden 2009 numerossa 11 (1–4), ja aiheet tulivat julkiseen keskusteluun.

Artikkelien julkaisun jälkeen WPATH:n hallitus perusti vuonna 2010 hoitosuositusten tarkastuskomitean. Tarkastuskomitean ensimmäiseksi tehtäväksi tuli IJT:n artikkeleista keskusteleminen Googlen verkkosivuston kautta. Hallitus nimitti tarkastuskomitean aliryhmän kirjoitusryhmäksi. Tälle ryhmälle annettiin tehtäväksi laatia hoitosuositusten 7. version ensimmäinen luonnos ja jatkaa muutosten työstämistä arvioitavaksi laajemmalle tarkastuskomitealle. Hallitus nimitti myös transsukupuolisten, muunsukupuolisten ja kokemuseltaan tai ilmaisultaan sukupuolinormeista erottuvien henkilöiden kansainvälisen neuvoa-antavan ryhmän, jotta sekin voisi antaa oman panoksensa muutoksiin.

Tekninen kirjoittaja palkattiin (1) arvioimaan kaikki muutosehdotukset eli sekä alkuperäisten IJT-artikkelien mukaiset muutosehdotukset että verkkokeskusteluista nousseet lisäehdotukset ja (2) luomaan kysely, jossa pyydettiin palautetta näihin mahdollisiin muutoksiin. Kyselyn tuloksista kirjoitusryhmä näki, mistä aihealueista asiantuntijat olivat jo päässeet yhteisymmärrykseen ja mistä oli vielä keskusteltava. Tämän jälkeen tekninen kirjoittaja (3) laati ensimmäisen, hyvin karkean luonnoksen hoitosuositusten 7. versiosta kirjoitusryhmän harkittavaksi ja muokattavaksi.

Kirjoitusryhmä tapasi kasvotusten 4.–5.3.2011 asiantuntijoiden konsultointitapaamisessa. He tutkivat kaikkia ehdotettuja muutoksia, keskustelivat niistä ja pääsivät yksimielisyyteen monista kiistanalaisista aiheista. Päätökset perustuivat parhaaseen käytettävissä olevaan tieteelliseen tietoon ja asiantuntijoiden yhteisymmärrykseen. Nämä päätökset sisällytettiin luonnokseen, ja kirjoitusryhmä laati lisäosat teknisen kirjoittajan avulla.

Konsultointitapaamisesta syntynyttä luonnosta kierrätettiin sitten kirjoitusryhmässä, ja se viimeisteltiin teknisen kirjoittajan avulla. Kun alkuperäinen luonnos oli viimeistelty, se annettiin tarkasteltavaksi laajemmalle hoitosuositusten tarkastuskomitealle ja kansainväliselle neuvoa-antavalle ryhmälle. Keskustelu avattiin Googlen verkkosivustolla, ja ongelmien ratkaisemiseksi pidettiin puhelinneuvottelu. Kirjoitusryhmä kävi läpi näiden ryhmien

antaman palautteen ja jatkoi muutostyötä. Tässä vaiheessa laadittiin vielä kaksi muutakin luonnosta, jotka annettiin tarkasteltavaksi laajemmalle hoitosuosituksen tarkastuskomitealle ja kansainväliselle neuvoa-antavalle ryhmälle Googlen verkkosivustolla. Näiden kolmen arviointi- ja tarkastuskierroksen päätyttyä lopullinen asiakirja annettiin WPATH:n hallitukselle hyväksyttäväksi. Hallitus hyväksyi tämän version 14.9.2011.

Rahoitus

Hoitosuosituksen tarkastusprosessi rahoitettiin Tawani-säätiön avokätisellä avustuksella ja nimettömän lahjoittajan lahjoituksella. Näillä varoilla rahoitettiin kaikki seuraavat:

1. teknisen kirjoittajan kulut
2. kansainvälinen prosessi, jossa sukupuoli-identiteetin asiantuntijoilta ja transihmisten yhteisöiltä pyydettiin palautetta muutosehdotuksiin
3. kirjoitusryhmän työtapaamiset
4. prosessi, jossa asiantuntijoilta ja transihmisten yhteisöiltä, hoitosuosituksen 7. version tarkastuskomitealta ja WPATH:n hallitukselta pyydettiin lisäpalautetta ja jossa saavutettiin lopullinen asiantuntijoiden linjaus
5. hoitosuosituksen 7. version tulostus- ja jakelukulut sekä WPATH:n verkkosivustolta ilmaiseksi ladattavan version julkaisukulut
6. hoitosuosituksen 7. version julkaiseminen täysistunnossa WPATH:n joka toinen vuosi pidettävässä symposiumissa vuonna 2011 Georgian Atlantassa.

Hoitosuosituksen tarkastuskomitean jäsenet^{vi}

Eli Coleman, FT (Yhdysvallat)* – komitean puheenjohtaja
 Richard Adler, FT (Yhdysvallat)
 Walter Bockting, FT (Yhdysvallat)*
 Marsha Botzer, FM (Yhdysvallat)*
 George Brown, LT (Yhdysvallat)
 Peggy Cohen-Kettenis, FT (Alankomaat)*
 Griet DeCuypere, LT (Belgia)*
 Aaron Devor, FT (Kanada)
 Randall Ehrbar, PsT (Yhdysvallat)
 Randi Ettner, FT (Yhdysvallat)
 Evan Eyler, LT (Yhdysvallat)
 Jamie Feldman, LT, FT (Yhdysvallat)*
 Lin Fraser, KT (Yhdysvallat)*
 Rob Garofalo, LT, MPH (kansanterveyden maisteri) (Yhdysvallat)
 Jamison Green, FT, TaM (Yhdysvallat)*
 Dan Karasic, LT (Yhdysvallat)
 Gail Knudson, LT (Kanada)*
 Arlene Istar Lev, LCSW-R (lisensoitu kliininen sosiaalityöntekijä) (Yhdysvallat)
 Gal Mayer, LT (Yhdysvallat)

* Kirjoitusryhmän jäsen

^{vi} Kaikki hoitosuosituksen 7. version tarkastuskomitean jäsenet antoivat aikaansa työstääkseen tätä versiota.

Walter Meyer, LT (Yhdysvallat)*
 Heino Meyer-Bahlburg, Dr. rer.nat. (Doctor rerum naturalium) (Yhdysvallat)
 Stan Monstrey, LT, FT (Belgia)*
 Blaine Paxton Hall, MHS-CL (terveystieteiden maisteri kliinisessä johtajuudessa), PA-C
 (sertifioitu lääkärin avustaja) (Yhdysvallat)
 Friedmann Pfaefflin, LT, FT (Saksa)
 Katherine Rachlin, FT (Yhdysvallat)
 Bean Robinson, FT (Yhdysvallat)
 Loren Schechter, LT (Yhdysvallat)
 Vin Tangpricha, LT, FT (Yhdysvallat)
 Mick van Trotsenburg, LT (Alankomaat)
 Anne Vitale, FT (Yhdysvallat)
 Sam Winter, FT (Hongkong)
 Stephen Whittle, OBE (Officer of the Order of the British Empire) (Iso-Britannia)
 Kevan Wylie, LK, LT (Iso-Britannia)
 Ken Zucker, FT (Kanada)

Kansainvälisen neuvoo-antavan ryhmän valintakomitea

Walter Bockting, FT (Yhdysvallat)
 Marsha Botzer, FM (Yhdysvallat)
 Aaron Devor, FT (Kanada)
 Randall Ehrbar, PsT (Yhdysvallat)
 Evan Eyler, LT (Yhdysvallat)
 Jamison Green, FT, TaM (Yhdysvallat)
 Blaine Paxton Hall, MHS-CL (terveystieteiden maisteri kliinisessä johtajuudessa), PA-C
 (sertifioitu lääkärin avustaja) (Yhdysvallat)

Kansainvälinen neuvoo-antava ryhmä

Tamara Adrian, LGBT Rights Venezuela (Venezuela)
 Craig Andrews, FTM Australia (Australia)
 Christine Burns, MBE (Member of the Order of the British Empire), Plain Sense Ltd (Iso-Britannia)
 Naomi Fontanos, Society for Transsexual Women's Rights in the Philippines (Filippiinit)
 Tone Marie Hansen, Harry Benjamin Resource Center (Norja)
 Rupert Raj, Sherbourne Health Center (Kanada)
 Masae Torai, FTM Japan (Japani)
 Kelley Winters, GID Reform Advocates (Yhdysvallat)

Tekninen kirjoittaja

Anne Marie Weber-Main, FT (Yhdysvallat)

Toimituksellinen apu

Heidi Fall (Yhdysvallat)

Tämä suomennos on virallinen käännös the World Professional Association for Transgender Health:in Hyvän hoidon suosituksista (Standards of Care V7). Hoidon teknisissä yksityiskohdissa ja juridisissa kysymyksissä on kuitenkin syytä käyttää alkuperäistä englanninkielistä versiota sivuilla www.wpath.org