

# NAVIGOINTIA TERVEYDENHUOLLOSSA

Sukupuolivähemmistöjen kokemuksia yleisestä terveydenhuollosta ja  
sukupuolen korjausprosessista

Ida Lopenen  
Maisterintutkielma  
Yhteiskuntapolitiikka  
Yhteiskuntatieteiden  
ja filosofian laitos  
Humanistis-  
yhteiskuntatieteellinen  
tiedekunta  
Jyväskylän yliopisto  
Kevät 2021

## TIIVISTELMÄ

### NAVIGOINTIA TERVEYDENHUOLLOSSA

#### Sukupuolivähemmistöjen kokemuksia yleisestä terveydenhuollosta ja sukupuolen korjausprosessista

Ida Lopenen

Yhteiskuntapolitiikka

Maisterintutkielma

Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos

Humanistis-yhteiskuntatieteellinen tiedekunta

Jyväskylän yliopisto

Ohjaajat: Annukka Lahti ja Sakari Taipale

Kevät 2021

Sivumäärä: 120 sivua + liitteet 10 sivua

Sukupuolivähemmistöt ovat marginalisoitu ihmisryhmä suomalaisessa yhteiskunnassa. Tämän tutkimuksen tehtävänä on selvittää, millaisia kokemuksia sukupuolivähemmistöillä on sukupuolen korjausprosessista ja muusta terveydenhuollosta. Tarkastelen lisäksi tapoja, joilla he navigoivat terveydenhuoltoa kohtaamiensa haasteiden vuoksi. Hyödynnän tutkimuksessa feministisiä sukupuoliteorioita sekä queer-teoreettista valta-analyysiä. Tutkimuksen aineiston muodostaa itse kerätty laaja kvalitatiivinen kyselyaineisto, joka koostuu 97 sukupuolivähemmistöön kuuluvan henkilön vastauksista. Tutkimuksen analyysimenetelmänä olen käyttänyt sisällönanalyysiä.

Tulosten mukaan sukupuolivähemmistöjen kokemuksia yleisestä terveydenhuollosta määrittävät hoitohenkilöstön tiedonpuute sukupuolen moninaisuudesta, väärinsukupuolittaminen, häirintä ja muu epäasiallinen kohtelu. Turvallisia kohtaamisia mahdollistaa hoitohenkilöstön kunnioittava suhtautuminen sukupuolivähemmistöihin. Koska terveydenhuollon käytännöt ensisijaistavat asiakkaina cisihmiset, kokevat monet sukupuolivähemmistöihin kuuluvat ne luotaantyöntävinä. Sukupuolen korjausprosessissa transihmiset kokevat hoitosuhteeseen liittyvän valta-asetelman, diagnoosikriteerit ja sukupuolinormit kokemuksiin rajoittavina sekä stressiä ja epävarmuutta aiheuttavina. Myös transihmistien epäasiallinen kohtelu ja erityisesti kokemusten vähättely on niin yleistä, että hyvät kokemukset koetaan positiivisina yllätyksinä. Käytännön ongelmia prosessissa ovat pitkät odotusajat ja matkat transpoleille. Sukupuolivähemmistöt navigoivat haasteellista terveydenhuoltoa sen sukupuolinormeihin mukautumalla, epäkohtiin puuttamalla ja palveluntarjoajien valikoinnilla, minkä mahdollisuudet vaihtelevat. Huono kohtelu johtaa osalla terveydenhuollon välttelyyn tai sukupuolen korjausprosessin hoitojärjestelmän ohittamiseen. Vertaisten ja läheisten tuki on merkittävä voimavara terveydenhuollon aiheuttamista haasteista selviämiseen.

Tulokset osoittavat, että sukupuolivähemmistöjen yhdenvertaisuus terveydenhuollossa ei toteudu hoitohenkilöstön syrjivien asenteiden ja järjestelmätason käytäntöjen vuoksi. Hoitohenkilöstön koulutus ja rakenteelliset muutokset sukupuolen moninaisuuden huomioon ottamiseksi ovat tulosten valossa tarpeen. Myös sukupuolen korjausprosessin uudelleenmuotoilu on ajankohtaista hoitoon pääsyn helpottamiseksi. Jatkotutkimusta tarvitaan erityisesti hoitohenkilöstön tiedontarpeista sekä transnuorten kokemuksista.

**Avainsanat:** sukupuolivähemmistöt, sukupuolen moninaisuus, transihmiset, terveydenhuolto, sukupuolenkorjaus, syrjintä, sukupuolentutkimus

# SISÄLLYS

1. JOHDANTO.....	1
2. SUKUPUOLEN MONINAISUUS YHTEISKUNNASSA .....	5
2.1. Sukupuolen moninaisuutta koskeva keskeinen käsitteistö .....	5
2.2. Sukupuolivähemmistöjen yhteiskunnallinen asema.....	8
2.3. Kapeat sukupuolikäsitykset tuottavat syrjintää .....	11
3. TEORIAKESKUSTELUT SUKUPUOLEN MONINAISUUDESTA.....	13
3.1. Feministiset teoriakeskustelut sukupuolen moninaisuudesta .....	13
3.1.1. Sukupuoli feministisessä teoriassa .....	13
3.1.2. Sukupuolen moninaisuus feministisissä tutkimussuuntauksissa .....	17
3.2. Lääketieteen valta-asema sukupuolen moninaisuuden ymmärtämisessä .....	20
3.2.1. Sukupuolen moninaisuuden lääketieteellinen käsitteellistäminen .....	20
3.2.2. Lääketieteen valta-asema ja muutossuunnat.....	23
4. SUKUPUOLEN MONINAISUUS TERVEYDENHUOLLOSSA.....	26
4.1. Sukupuolivähemmistöjen terveydenhuolto Suomessa .....	26
4.1.1. Suomen terveydenhuolto .....	26
4.1.2. Sukupuolen korjausprosessi ja intersukupuolisten hoitokäytännöt.....	28
4.1.3. Sukupuolivähemmistöjen terveydenhuollon kehityssuunnat .....	32
4.2. Aiempi tutkimus sukupuolivähemmistöjen terveydenhuoltokokemuksista.....	35
4.2.1. Sukupuolivähemmistöjen terveydenhuollon haasteet .....	35
4.2.2. Terveydenhuollon navigoiminen.....	38
4.2.3. Suomalainen tutkimus terveydenhuoltokokemuksista .....	40
5. TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	44
5.1. Tutkimuksen metodologiset ja tieteenfilosofiset lähtökohdat .....	44
5.2. Tutkimuskysymykset ja kokemusten tarkastelu .....	46
5.3. Aineisto ja sen keruu kvalitatiivisella kyselyllä .....	48
5.3.1. Aineiston keruu ja kuvaus .....	48
5.3.2. Kvalitatiivisen kyselyn laatiminen .....	50
5.3.3. Tietosuoja ja eettiset kysymykset.....	54
5.4. Aineiston analyysi sisällönanalyysin avulla .....	55
6. ANALYYSIN TULOKSET .....	58
6.1. Sukupuolivähemmistöjen kokemukset yleisestä terveydenhuollosta.....	58
6.1.1. Hämmennys ja tiedonpuute .....	59

6.1.2. Väärinsukupuolittaminen .....	63
6.1.3. Häirintä ja epäasiallinen kohtelu .....	66
6.1.4. Neutraalit ja turvalliset kohtaamiset .....	69
6.1.5. Sopimattomuus sukupuoliutettuihin tiloihin ja tilanteisiin.....	72
6.2. Sukupuolivähemmistöjen kokemukset sukupuolen korjausprosessista .....	75
6.2.1. Valta-asetelma ja diagnoosikriteerien ongelmat.....	75
6.2.2. Rajoittavat normit prosessin sisällä .....	79
6.2.3. Epäasiallinen kohtelu ja kokemusten vähättely.....	83
6.2.4. Hyvät kokemukset positiivisena yllätyksenä.....	85
6.2.5. Pitkät odotusajat ja matkat.....	87
6.3. Sukupuolivähemmistöjen kokemukset terveydenhuollon navigoinnista .....	88
6.3.1. Normeihin mukautuminen.....	89
6.3.2. Terveydenhuollon välttely ja hoitojärjestelmän ohittaminen .....	92
6.3.3. Epäkohtiin puuttuminen ja palveluntarjoajien valikointi .....	94
6.3.4. Vertaiset ja läheiset voimavarana .....	97
7. JOHTOPÄÄTÖKSET .....	100
7.1. Tutkimuksen johtopäätökset.....	100
7.2. Vertailu aiempiin tutkimuksiin.....	104
8. POHDINTA.....	106
LÄHTEET .....	111
LIITTEET .....	121
Liite 1. Kysymyslomake.....	121
Liite 2. Tiedote .....	126
Liite 3. Tietosuojailmoitus.....	128

# 1. JOHDANTO

Suomessa sukupuolten tasa-arvo on laajasti hyväksytty yhteiskunnallinen arvo. Muiden Pohjoismaiden ohella Suomea pidetään usein tasa-arvon mallimaana. (Julkunen 2010, 12; Kantola, Koskinen Sandberg & Ylöstalo 2020, 11.) Sukupuolten tasa-arvolla voidaan kuitenkin tarkoittaa useita eri asioita, ja sukupuolen moninaisuus on pitkään suljettu ulkopuolelle siihen liittyvistä keskusteluista ja politiikasta (Järviö 2020, 114). Länsimaissa käsitykset sukupuolesta ovat kuitenkin laajentuneet niin sosiaalisesti kuin poliittisestikin viime vuosikymmeninä. Tästä kertoo muun muassa kolmannen juridisen sukupuolikategorian luominen ja käyttöönotto monissa maissa kuten Kanadassa ja Australiassa. (Motmans, Nieder & Bouman 2019, 121.) Suomessakin aiemmat sukupuoleen liittyvät luokittelut ovat olleet muutoksessa. Sukupuolta kuvaavat termit ovat moninaistuneet ja kaksijakoiseen sukupuolikäsitykseen sopimattomat sukupuoli-identiteetit ja kehot ovat nousseet osaksi keskusteluja sukupuolesta. (Kärnä, Uusi-Mäkelä & Mattila 2018, 2633; Juvonen 2019, 1–2.)

Keskustelu sukupuolen moninaisuudesta on viime vuosikymmenen aikana muuttunut huomattavasti näkyvämmäksi. Tietoisuus sukupuolivähemmistöistä ja heidän yhteiskunnallisesta syrjinnästään on kasvanut Suomessa muun muassa kansalaisjärjestöjen kuten Setan ja Trasekin vaikutustyön ansiosta. (Pimenoff 2006, 24–25; Alasuutari, Kondelin, Tainio, Toriseva & Vähäpassi 2017, 2; Järviö 2020, 101–105, 114–115.) Tämä on näkynyt myös instituutiotasolla tasa-arvopolitiikassa. Kansalaisjärjestöjen poliittisten agendojen, puoluekentän valtasuhteiden ja kansainvälisten keskustelujen vaikutuksesta sukupuolen moninaisuus kehystettiin tasa-arvopoliittiseksi kysymykseksi 2010-luvulla. Vuonna 2015 uudistunut tasa-arvolaki huomioi ensimmäistä kertaa sukupuolivähemmistöt, kun sen syrjintäperusteisiin sisällytettiin sukupuoli-identiteetti, sukupuolen ilmaisu ja intersukupuolisuus. (Järviö 2020, 101–105; 114–115; Kantola ym. 2020, 15.) Tasa-arvolain uudistuksen myötä sukupuolen moninaisuudesta tuli virallinen osa tasa-arvopolitiikkaa ja uudistus on siten laajentanut tasa-arvon poliittista merkitystä. Tasa-arvolain muutosten lisäksi 2010-luvulla tapahtuneet avioliittolain muutos ja uudistunut etu- ja sukunimilaki toivat parannuksia sukupuolivähemmistöjen oikeuksiin. (Tasa-arvovaltuutettu 2018, 78–79; Järviö 2020, 114–115.)

Edistysaskelista huolimatta sukupuolivähemmistöt kohtaavat Suomessa edelleen runsaasti syrjintää ja heidän yhteiskunnalliseen asemaansa liittyy paljon epäkohtia

(Tasa-arvovaltuutettu 2018, 78). 2010-luvulta lähtien näkyvin sukupuolivähemmistöihin liittyvä poliittinen keskustelu Suomessa on keskittynyt sukupuolen juridisesta vahvistamisesta säättävän translain uudistamistarpeeseen. Useat ihmisoikeusjärjestöt ja muut tahot ovat huomauttaneet lain jääneen jälkeen kansainvälisestä kehityksestä ja sisältävän vakavia ihmis- ja perusoikeusloukkauksia. (Tasa-arvovaltuutettu 2018, 78; Järviö 2020, 103, 115; Kantola ym. 2020, 18.) Sanna Marinin hallitusohjelmaan sisältyy lakiuudistus, jossa sukupuolen juridinen vahvistaminen säädetään omaan selvitykseen perustuvaksi niin, että se ei enää vaadi lääketieteellistä sukupuolen korjausprosessia tai lisääntymiskyvyttömyyttä (Valtioneuvosto 2019, 89). Vuoden 2021 huhtikuussa julkaistu kansalaisaloite, jossa vaaditaan laajempaa uudistusta, sai vaaditun määrän allekirjoituksia kahdessa päivässä. Aloitteessa esitetään muun muassa, että sukupuolen vahvistamisen ilmoituksella tulisi olla mahdollista myös alaikäisille transihmisille. (Kajander, Pitkäranta & Jääskeläinen 2021.)

Nämä poliittiset keskustelut liittyvät paitsi lainsäädäntöön myös sukupuolivähemmistöjen terveydenhuoltoon. Osa sukupuolivähemmistöistä hakeutuu sukupuolen korjausprosessiin, jonka kautta he voivat saada sukupuoltaan vahvistavia lääketieteellisiä hoitoja. Valtavirtamediassa on kirjoitettu sukupuolen korjausprosessista useita artikkeleita (kts. esim. Järvenpää 2016; Kärki 2016; Peltonen 2021), joissa on tuotu esille potilaiden huonoja ja jopa traumaattisia kokemuksia. Myös epäselvyyksistä muunsukupuolisten potilaiden hoidonsaannissa on puhuttu (Vierula 2018). Sukupuolen korjausprosessi on oma keskitetty järjestelmänsä, mutta arjessaan sukupuolivähemmistöt asioivat samassa terveydenhuollossa kuin muutkin ihmiset. Lääketieteellisissä julkaisuissa (kts. esim. Venhola 2011; Mattila & Tinkanen 2015) on tuotu esille hoitohenkilöstön tiedon vähyyttä ja valmiuksien puutetta sukupuolivähemmistöjen kohtaamiseen terveydenhuollossa. Ottaen huomioon tämän sekä kasvavan eriarvoisuuden suomalaisessa terveydenhuollossa yleisemmin (Keskimäki ym. 2019, 153; Saari & Tynkkynen 2020, 196), onkin kyseenalaista, toteutuuko sen piirissä sukupuolivähemmistöjen yhdenvertaisuus. Nämä kysymykset ovat kiivaan julkisen keskustelun kohteena Suomessa, mutta tutkimustietoa niistä ei juuri ole. Tarkastelen niitä tässä tutkielmassa sukupuolivähemmistöjen omien kokemusten kautta.

Kansalaisjärjestöt ovat osallistuneet entistä voimakkaammin keskusteluun sukupuolivähemmistöihin kuuluvien ihmisten hoitotarpeista ja -käytännöistä edistääkseen heidän hyvinvointiaan ja oikeuksiaan (kts. esim. Seta 2020a). Yksi olennainen kysymys näissä keskusteluissa on, kenen tulisi päättää sukupuolta vahvistavista hoidoista ja millä perustein. Heidi Wikström (2020) on kommentoinut kansalaisjärjestöjen osallistumista

keskusteluun väittäen, että ”lääkärien pitää päättää lääketieteellisistä asioista, kuten hoitolinjauksista, eikä jättää huutoäänestyksille tilaa”. Juuri tätä terveydenhuollon ammattihenkilöiden asemaa sukupuolivähemmistöjen hoidontarpeen määrittäjinä on kuitenkin laajasti kritisoitu. Ei ole nimittäin itsestään selvää, että hoitohenkilöstö aina kuuntelee tai kunnioittaa potilaiden toiveita. Esille on nostettu, että potilaiden itsemääräämisoikeuden ja hoitohenkilöstön vastuun ja auktoriteetin välillä on ristiriita ja asia on siksi kiistanalainen. (Mustola 2007, 74; Huuska 2010, 156; Parhi 2018.) Aiheen tutkiminen onkin tarpeen, jotta keskustelua sukupuolivähemmistöjen terveydenhuoltoa koskevista kysymyksistä voitaisiin käydä tieteelliseen tietoon pohjaten.

Tarkastelen tässä maisterintutkielmassa sukupuolivähemmistöjen kokemuksia sekä keskitetystä sukupuolen korjausprosessista että muusta terveydenhuollosta, johon viittaa pääsääntöisesti erottelun vuoksi yleisenä terveydenhuoltona. Tutkimukseni tavoitteena on tuottaa tietoa näistä kokemuksista sekä sukupuolen moninaisuuden suhtautumisesta terveydenhuollon kentällä laajemmin. Tutkimustehtäväni on selvittää, minkälaisia kokemuksia suomalaisilla sukupuolivähemmistöihin kuuluvilla ihmisillä on yleisestä terveydenhuollosta ja sukupuolen korjausprosessista sekä niiden navigoimisesta. Asetan aineistolle kolme tutkimuskysymystä:

- 1) Minkälaisia kokemuksia sukupuolivähemmistöillä on yleisestä terveydenhuollosta sukupuoleensa ja sen ilmaisuun liittyen?
- 2) Minkälaisia kokemuksia sukupuolivähemmistöillä on sukupuolen korjausprosessista?
- 3) Miten sukupuolivähemmistöt navigoivat terveydenhuoltoa?

Kahden ensimmäisen kysymyksen avulla tarkastelen sitä, minkälaisiksi sukupuolivähemmistöt kokevat yleisen terveydenhuollon ja mahdollisen sukupuolen korjausprosessinsa. Kolmantena tutkimuskysymyksenä tarkastelen henkisestä ja strategisesta selviytymisestä koostuvia terveydenhuollon navigoimisen tapoja, joilla sukupuolivähemmistöt selviytyvät vaikeista tilanteista ja kokemuksista. Sukupuolivähemmistöjen terveydenhuoltoa ei ole tutkittu näin kokonaisvaltaisesti tai navigoinnin näkökulmasta aiemmin Suomessa. Tutkimukseni onkin tärkeä avaus kentällä, joka kaipaa kipeästi laajempaa kartoittamista.

Sukupuolivähemmistöjen kokemuksia tarkastelemalla pääsen analysoimaan sitä, minkälaiselta terveydenhuollon hoitohenkilöstön osaaminen sukupuolen moninaisuuden kohtaamisessa vaikuttaa näiden kokemusten valossa. Lähestyn terveydenhuoltoa sukupuolivähemmistöjen yhdenvertaisuuden näkökulmasta, ja kiinnitän

huomiota niin asiakaskohtaamisiin kuin rakenteellisiin tekijöihin terveydenhuollon järjestelmissä. Tutkin myös sitä, miten sukupuolivähemmistöt selviytyvät terveydenhuoltoon liittyvistä mahdollisista vastoinkäymisistä ja pyrkivät vaikuttamaan kohteluunsa. Pysin tuottamaan tietoa, jota voi hyödyntää sukupuolivähemmistöjen yhteiskunnallisen aseman ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Aineistonani toimii itse keräämäni kyselyaineisto, jota analysoin kvalitatiivisen sisällönanalyysin avulla.

Akateemista tutkimustietoa sukupuolivähemmistöistä Suomen kontekstissa on vielä suhteellisen vähän (Suhonen 2014, 178; Alasuutari ym. 2017, 8). Kansainvälisesti sukupuolen moninaisuuteen liittyvät kysymykset ovat kuitenkin näkyneet tutkimuksessa ja sukupuoliteoreettisessa keskustelussa jo vuosikymmenten ajan (Kähkönen & Wickman 2013, II). Sukupuolentutkimuksen saralla sukupuolen moninaisuuteen ovat keskittyneet etenkin queer-tutkimus ja transtutkimus (Alasuutari ym. 2017, 5). Yleisemmin yhteiskuntatieteellinen sukupuolentutkimus kohdistuu varsinkin sukupuoleen liittyvään eriarvoisuuteen ja sen muotoihin yhteiskunnan eri osa-alueilla (Kantola & Harjunen 2013, 240). Tutkimukseni teoreettinen viitekehys koostuu feministisestä sukupuolen teoretisoinnista ja erityisesti queer-teoreettisesta vallan analyysistä, jonka avulla tarkastelen lääketieteen suhdetta sukupuolen moninaisuuteen. Tutkimusaiheeni on monitieteinen, ja se paikottuu yhteiskuntatieteellisen tutkimuksen ja sukupuolentutkimuksen risteykseen.

Tutkielmani etenee seuraavassa järjestyksessä. Ensin esittelen tutkimusaiheelleni olennaisen käsitteistön ja kerron tarkemmin sukupuolivähemmistöjen yhteiskunnallisesta asemasta sekä siihen vaikuttavista tekijöistä. Tämän jälkeen paneudun työlleni keskeisiin teoriakeskusteluihin ja esittelen sukupuolen moninaisuuden tutkimuskenttää kansainvälisesti ja suomalaisessa kontekstissa. Luvussa neljä käsittelen tarkemmin suomalaista terveydenhuoltoa sekä tutkimukselleni oleellista aiempaa empiiristä tutkimusta. Viidennessä luvussa käyn läpi tutkimukseni toteutukseen liittyvät metodologiset valinnat, tutkimuskysymykset, aineistoni ja sen keruun sekä tutkimusmenetelmän. Kuudes luku koostuu varsinaisesta analyysistä, joka jakautuu kolmen tutkimuskysymyksen mukaan alalukuihin. Viimeisissä luvuissa käyn läpi tutkimukseni tulokset ja niistä tekemäni johtopäätökset sekä pohdin tulosten antia keskusteluille sukupuolivähemmistöjen terveydenhuollosta.



## **2. SUKUPUOLEN MONINAISUUS YHTEISKUNNASSA**

Ennen kuin voin kertoa sukupuolen moninaisuuden suhteesta terveydenhuoltoon, on aiheellista tehdä selväksi tämän tarkastelun laajempi konteksti sekä käyttämieni termien merkitykset. Tässä luvussa käyn läpi sukupuolen moninaisuuteen liittyvää olennaista käsitteistöä, jota hyödynnän tutkimuksessani. Esittelen myös sukupuolivähemmistöjen yhteiskunnallista asemaa keskeisen tutkimustiedon pohjalta. Lopuksi selkeytän sukupuolivähemmistöjen aseman ja yleisten sukupuolikäsitysten välistä yhteyttä ennen sitä koskevaan teoriaan siirtymistä.

### **2.1. Sukupuolen moninaisuutta koskeva keskeinen käsitteistö**

Sukupuoli on monitasoinen käsite, joka voidaan ymmärtää hyvin erilaisena asiana eri lähtökohdista. Sukupuoli toimii sekä kategoriana ihmisten luokitteluun että juridisena määreenä, joka ilmenee henkilötunnuksesta. Suomessa näitä juridisia sukupuolia on tällä hetkellä kaksi, nainen ja mies. (Kärnä ym. 2018, 2631; Seta 2020b.) Yleisemmin sukupuoli määritellään kuitenkin erilaisista fysiologisista, geneettisistä, kehityksellisistä, hormonaalisista, psykologisista, sosiaalisista ja kulttuurisista ominaisuuksista koostuvana jatkumona (Tanhua, Mustakallio, Karvinen, Huuska & Aaltonen 2015, 7–8; Seta 2020b). Sukupuolen moninaisuudesta puhuttaessa viitataan yleensä siihen, että sukupuoli ei ole jaettavissa kahteen yksiselitteisesti toisistaan erotettavaan sukupuoleen, vaan sen ilmenemismuodot ovat tätä moninaisemmat. Terminä se kuvaa kaikkia mahdollisia sukupuolen variaatioita eli sisältää sekä sukupuolivähemmistöt että sukupuolienemmistön. (Seta 2020b; Trasek 2021.)

Sukupuoli-identiteetti tarkoittaa yksilön omaa kokemusta sukupuolestaan tai sukupuolettomuudestaan (Kärnä ym. 2018, 2631; Seta 2020b). Sukpuolivähemmistöjen käsitteellä viitataan ihmisiin, joiden sukupuoli-identiteetti tai sukupuolen ilmaisu ei vastaa heille syntymän yhteydessä määritettyä juridista sukupuolta tai tähän sukupuoleen kohdistuvia odotuksia (Trasek 2021). Sukpuolivähemmistöt jaetaan nykyisissä määritelmässä usein transihmisiin ja intersukupuolisiin ihmisiin. Transihminen on yleiskäsite, jolla viitataan ihmisiin, joiden sukupuoli-identiteetti tai sukupuolen ilmaisu

eroaa odotuksista sille juridiselle sukupuolelle, joka heille on syntymän yhteydessä määritetty. Transihmisiin luetaan yleisesti kuuluvan transsukupuoliset, muunsukupuoliset sekä transvestiitit. (Seta 2020b.) Transvestiitit ovat pääosin tyytyväisiä syntymässä määritettyyn sukupuoleensa, mutta haluavat ilmaista ajoittain muuta sukupuolta. Transsukupuolisuus taas on käsite, joka yhdistetään ristiriitaan syntymässä määritetyn sukupuolen ja sukupuoli-identiteetin välillä. Tätä ristiriitaa voivat kokea transnaisten ja -miesten lisäksi muunsukupuoliset, joiden sukupuoli-identiteetit sijoittuvat nais-mies-jaottelun ulkopuolelle, yhdistävät naiseutta ja mieheyttä tai ovat liikkuvia. Jotkut sukupuoliristiriitaa kokevat haluavat lievittää siihen usein liittyvää sukupuolidysforiaa eli sosiaalista tai kehollista pahan olon tunnetta sukupuolen ilmaisulla, muuttamalla nimeä, korjaamalla henkilötunnuksen tai erilaisilla sukupuolta vahvistavilla kehollisilla hoidoilla, joita kutsutaan myös sukupuolen korjaushoidoiksi. Nämä toimenpiteet ovat hyvin yksilöllisiä; jotkut transihmiset kokevat kaikki niistä tarpeellisiksi, jotkut osan ja jotkut eivät mitään niistä. (Taavetti 2015, 26; Seta 2020b; Trasek 2021.)

Intersukupuolisuus tarkoittaa erilaisia kehon variaatioita, joissa sen sukupuolitetut piirteet kuten sukuelimet tai kromosomit eivät ole selkeän nais- tai miestyypilliset. Intersukupuolisuus voi tulla ilmi jo syntymän yhteydessä, jolloin lapselle määritetään Suomessa silti juridiseksi sukupuoleksi nainen tai mies, tai se voi ilmetä vasta myöhemmin. Intersukupuoliset kehot ovat moninaisia ja osa luonnollista kehollista vaihtelua, mutta niistä osalle nähdään tarpeelliseksi tehdä kehollisia korjaushoitoja. Intersukupuolisen henkilön sukupuoli-identiteetti voi olla mikä tahansa, ja joillekin intersukupuolisuus itsessään on myös oma sukupuoli-identiteettinsä. (Seta 2020b; Hegarty ym. 2021; Trasek 2021.)

Käsitteet antavat ihmisille tapoja kuvata itseään ja muita, minkä lisäksi ne tekevät asioita näkyviksi. Sukupuoleen liittyvillä termeillä onkin myös mahdollista käsitteellistää yhteiskunnallisia käsityksiä, hierarkioita ja vastakkainasetteluja, jotka ovat voineet ilman niitä jäädä ulkopuolelle analyttisestä keskustelusta. (Järviö 2020, 101–102.) Yksi tällaisista termeistä on ollut cissukupuolisuus, jolla kuvataan sukupuolienemmistöön kuuluvia ihmisiä. Cissukupuoliset ihmiset eivät koe ristiriitaa sukupuoli-identiteettinsä, juridisen sukupuolensa, kehonsa tai sukupuolensa ilmaisun välillä. (Repka & Repka 2013, 105; Seta 2020b; Trasek 2021.) Cissukupuolisuuden käsitteen olemassaolo itsessään kyseenalaistaa oletuksen, jonka mukaan sukupuolivähemmistöt ovat poikkeavia ja epänormaaleja ja cissukupuolisuus on oletettu asioiden tila. Tästä käsitteestä tutkimuskentälle johdettu cisnormatiivisuuden käsite niin ikään kiinnittää huomion

oletuksiin siitä, mitä pidetään normaalina ja luonnollisena. (Johnson 2012, 6; Järviö 2020, 101–102.) Hyödynnän näitä termejä selvennyksen vuoksi eri yhteyksissä. Kun puhun naisista ja miehistä ilman tarkennusta, viittaan sekä cis- että transsukupuolisiin naisiin ja miehiin.

Edellinen kuvaus antaa hyvin tiiviin ja yksinkertaistetun vaikutelman sukupuolivähemmistöistä ja -enemmistöistä selkeyden vuoksi. On kuitenkin huomattava, että ihmisten käyttämät sanat sukupuolensa kuvaamiseen ovat hyvin moninaisia, eikä yhtä kaikkien sukupuolikokemusten kirjoa kattavaa termistöä ole olemassa. Kaikki transihmisyyden määritelmään sopivat ihmiset eivät esimerkiksi määritä itseään kyseisen kategorian alle. (Juvonen 2019, 15; Motmans ym. 2019, 120; Seta 2020b.) Sukupuolta koskeva termistö on myös jatkuvassa liikkeessä, kun ihmiset etsivät erilaisiin ja muuttuviin kokemuksiinsa sekä käsityksiinsä sopivia nimeämisen tapoja alati muuttuvassa keskusteluympäristössä (Juvonen 2019, 15; Järviö 2020, 101–102). Kokemusten nimeämistä tarkastellut Tuula Juvonen (2019, 17–18) toteaa uusien termien tuottamisen luovan samalla uusia tapoja olla ja ymmärtää ilmiöitä. Tästä hän pitää hyvänä esimerkkinä muunsukupuolisuuden käsitettä, joka on yleistynyt suomalaisessa keskustelussa. Sukupuolta kuvaava termistö onkin kasvanut, moninaistunut ja samalla monimutkaistunut Suomessa erityisesti 2010-luvulla. (Juvonen 2019, 1–2, 15–18.)

Sukupuolivähemmistöihin liittyvän tutkimuksen ja aktivismin parissa käydään jatkuvasti kiivastakin keskustelua sukupuolta määrittävistä käsitteistä. Vaikka identiteetikategoriat ovat tärkeitä itsen ja maailman käsitteellistämässä, on hyvä tunnistaa niiden käytöstä löytyvän aina ristiriitoja. (Kähkönen & Wickman 2013, I–II; Suhonen 2014, 179; Juvonen 2019, 1–2; Järviö 2020, 101–102.) Tavat, joilla tässä tutkielmassa sanoitan asioita, eivät siis välttämättä ole enää vuosien päästä sopivimpina pidettyjä, ja niiden sopivuudesta löytyy nykyhetkelläkin eri mielipiteitä. Mukailen ja sovellan tässä tutkielmassa pitkälti sukupuolivähemmistöjen oikeuksia ajavien kansalaisjärjestöjen kuten Setan ja Trasekin määritelmiä sukupuolen moninaisuuteen liittyvistä termeistä. Viittaan sukupuoli-identiteettiin kuitenkin pääsääntöisesti sukupuolena ja käytän tarkentavia käsitteitä, kun on tarve puhua muista sukupuoleen liittyvistä piirteistä kuten juridisesta sukupuolesta. Teen näin siksi, että vaikka sukupuoli on moninainen ominaisuus, pidän yksilön sukupuoli-identiteettiä merkittävimpänä sitä määrittävänä piirteenä.

Sukupuolentutkimuksessa sukupuoli nähdään yleensä historiallisena ilmiönä. Mitkään käsitykset sukupuolesta eivät siis ole universaaleja tai ikuisia, vaan niitä muotoilevat monenlaiset ja jatkuvat merkityskamppailut. (Rossi 2010, 23.) Länsimaalaisissa

kielissä käytettävät termit kuvaavat sukupuolta ilmiönä myös aina länsimaisesta näkökulmasta, ja niiden käyttämisessä kuvaamaan kaikkea ihmisten moninaisuutta on siten riskinsä ja rajoitteensa. Eurosentriset tavat ymmärtää ja jäsentää sukupuolen moninaisuutta ovatkin paikoitettavissa osaksi modernia länsimaista tiedon tuottamista, joka taas on läheisesti yhteydessä muun maailman historialliseen poliittiseen ja taloudelliseen hallintaan (Stryker & Currah 2014, 8). Onkin tärkeää huomioida, että tässä tutkielmassa käsittelemäni termit, tutkimukset ja kokemukset eivät ole universaaleja, eikä niitä siten voi ulottaa koskemaan koko maailmaa tai kaikkien sukupuolivähemmistöjen kokemuksia.

Tutkielmassani ovat tutkimuskentästä ja aineistostani johtuen eniten esillä transihmisten kokemukset, mutta käsittelem myös intersukupuolisuutta koskevia asioita. Käytän transihmisyyttä kattokäsitteenä sekä tutkimuskirjallisuudesta kertoessani että aineistoni analyysissä yhtenäisyyden vuoksi siitä huolimatta, että kaikki kyselyyni vastanneet eivät välttämättä pidä termiä omanaan. Muunsukupuolisuus-sanaa taas käytän enimmäkseen kattokäsitteenä sukupuolibinäärin eli kaksijakoisen sukupuolikäsityksen ulkopuolisille sukupuolille. On kuitenkin hyvä muistaa, että tämä identiteettien kirjo on suuri, minkä lisäksi muunsukupuolisuus on myös monen käyttämä identiteettinimike itsessään (Alanko 2014, 16).

Kattokäsitteillä voi nähdä olevan hyviä sekä huonoja puolia. Yhtäältä sukupuolen moninaisuuden kokoaminen niiden alle on tuonut yhteen erilaisia ilmiöitä, jotka liittyvät historiassa tapahtuneisiin muutoksiin ajattelussa sukupuolen fyysisistä ja sosiaalisista puolista, seksuaalisuudesta, identiteeteistä sekä näiden ilmentymistä ja yhteyksistä. Toisaalta se on kuitenkin johtanut eräänlaiseen moninaisuuden ja erojen häivyttämiseen erityisesti julkisen terveydenhuollon ja kansalaisjärjestöjen piirissä sekä keskusteluissa ihmisoikeuksista. (Stryker & Currah 2014, 6.) Tässä tutkielmassa olen asettanut etusijalle selkeyden ja kattavuuden, mutta pyrin tuomaan esille myös sukupuolivähemmistöjen sisäistä moninaisuutta aina, kun se on mahdollista.

## **2.2. Sukupuolivähemmistöjen yhteiskunnallinen asema**

Sukupuolivähemmistöt ovat pitkään olleet varsin tuntematon ja marginalisoitu ihmisryhmä suomalaisessa yhteiskunnassa (Tasa-arvovaltuutettu 2012, 3). Sukupuolen moninaisuus on länsimaissa ollut teorioiden ja lain ulkopuolella, koska sen olemassaolo on joko kielletty

kokonaan tai sen edustajat on leimattu häiriintyneiksi (Aarnipuu 2008, 211–213; Huuska 2010, 156). Monet transihmiset kasvavat ja elävät ympäristöissä, joissa tietoisuus heistä on vähäistä tai olematonta. Transihmisiin liitettävät stereotypiat ja ennakkoluulot ylläpitävät negatiivista asenneilmapiiriä ja kaltoinkohtelua aina loukkaavasta kielenkäytöstä häirintään ja syrjintään. (FRA 2014, 10.) Transihmisyyteen liittykin länsimaisessa yhteiskunnassa vahva stigma. Stigmatisoidut ominaisuudet ovat sellaisia, joita yhteiskunta pitää vähäisessä arvossa ja joita omaavilla on tämän vuoksi muita alempi status ja vähemmän valtaa. Tämä tarkoittaa usein myös vähäistä valtaa vaikuttaa siihen, miten muut ihmiset heidät näkevät. (Repka & Repka 2013, 105; McLemore 2015, 53.)

Sukupuolienemmistön negatiiviset asenteet vaikuttavat vahvasti transihmisten arkielämään ja mahdollisuuksiin elää tasavertaisina yhteiskunnan jäsenenä (FRA 2014, 10–11). Syrjinnällä viitataan tasa-arvolaisissa (Laki naisten ja miesten välisestä tasa-arvosta 609/1986) sekä suoraan syrjintään, jossa yksilö tai ryhmä asetetaan ilman hyväksyttävää syytä muita huonompaan asemaan, että välilliseen syrjintään, jota on näennäisesti puolueettomalla perusteella tapahtuva eriarvoinen kohtelu. Syrjintä voi olla yksittäisten henkilöiden, ryhmien tai instituutioiden toimintaa, mutta se voi myös olla luonteeltaan rakenteellista. Tällaista syrjintää on esimerkiksi lainsäädäntö, jolla on syrjiviä vaikutuksia. Syrjintänä pidetään yleisesti myös häirintää, jolla luodaan vihamielistä tai loukkaavaa ilmapiiriä. (Tasa-arvolaki 609/1986; Taavetti 2015, 23.)

Sukupuolivähemmistöt kohtaavat Suomessa syrjintää ja epäasiallista kohtelua niin työelämässä, kouluissa ja oppilaitoksissa, liikuntapalveluissa kuin terveys- ja sosiaalipalveluissakin (Tasa-arvovaltuutettu 2012; Alanko 2014; Tasa-arvovaltuutettu 2018, 78). Suomessa terveydenhuoltoon liittyviä sukupuolivähemmistöjen kokemuksia on kuitenkin tarkasteltu vasta hyvin vähän, ja tähän tutkimusaukkoon tutkimukseni vastaa. Tarkkoja lukuja sukupuolivähemmistöjen syrjintäkokemuksista sekä häirinnän ja väkivallan uhriksi joutumisesta löytyy rajallisesti. Euroopan unionin perusoikeusviraston (FRA) laajan selvityksen mukaan ne ovat kuitenkin yleisiä ilmiöitä unionin jäsenmaissa, ja raportissa on eritelty tuloksia myös maittain (FRA 2014, 10–11). Kyseisen selvityksen mukaan vuoden 2012 aikana suomalaisista transihmisistä lähes puolet (49 %) oli kokenut syrjintää, joka johtui transihmisyydestä tai sukupuolen ilmaisusta. Vihan motivoimaa häirintää taas oli kohdannut viidesosa (20 %) vastaajista, ja vihaan perustuvan väkivallan uhriksi oli joutunut neljä prosenttia vastaajista. Nämä luvut eivät ole kaukana jäsenmaiden keskiarvoista, jotka ovat järjestyksessä 54, 22 ja 8 prosenttia. (FRA 2014, 25, 54–56, 65.)

Nuoret, rodullistetut, työttömät ja matalan tulotason omaavat transihmiset kokevat muita enemmän syrjintää ja ovat erityisen haavoittuvaisessa asemassa yhteiskunnassa (FRA 2014, 9; Alasuutari ym. 2017, 2). Katarina Alangon (2014) laajan seksuaali- ja sukupuolivähemmistöihin eli sateenkaari-ihmisiin kuuluvien nuorten hyvinvointia koskevan tutkimuksen mukaan transnuoriin kohdistuu Suomessa syrjintää, ahdistelua ja väkivaltaa, jotka vaikuttavat negatiivisesti heidän hyvinvointiinsa. Tutkimuksen transnuorista jopa 80 prosenttia oli joutunut häirinnän kohteeksi ja suurin osa kokenut psyykkistä väkivaltaa. Kokemukset fyysisestä väkivallasta olivat sateenkaarinuorilla tämän lisäksi huomattavasti yleisempiä verrattuna muihin suomalaisnuoriin. Nuorten kohdalla myös huoltajien asenteiden merkitys heidän kohteluunsa korostuu. Transnuorista 44 prosenttia kertoi kokeneensa kotona asiatonta kohtelua, syrjintää tai kiusaamista joskus tai usein. (Alanko 2014, 10, 23, 39, 54–55.)

Suoran ja välillisen syrjinnän lisäksi transihmiset kohtaavat epäasiallista suhtautumista myös asenteista kumpuavina hienovaraisempina eleinä ja kommentteina, joita kutsutaan mikroaggressioiksi. Sellaisia voivat olla muun muassa väärinsukupuolittaminen, tuomitsevuus, kokemusten mitätöiminen ja syrjivien asenteiden olemassaolon kieltäminen. Vaikka yksittäistapauksina ne voi nähdä avointa syrjintää ja vihamielisyyttä pienempinä asioina, on niiden toistuvuus arkielämässä kuormittavaa ja niihin puuttuminen vaikeampaa. (Nordmarken & Kelly 2014, 144–146.) Väärinsukupuolittaminen tarkoittaa yksilön asettamista sukupuolikategoriaan, johon hän ei kuulu. Sitä voi tapahtua vahingossa sukupuolen olettamisena tai tahallisenä toimintana. Transihmisten väärinsukupuolittaminen on suhteellisen yleistä ja johtaa usein kokemukseen stigmatisoiduksi tulemisesta. (McLemore 2015; 64–65, 68.)

Syrjinnän ja väkivallan kokemukset aiheuttavat sukupuolivähemmistöissä jatkuvaa pelkoa, ja sen vuoksi monet piilottavat sukupuolensa sekä välttelevät tilanteita ja paikkoja, joissa tällaista kohtelua on tapahtunut tai pelätään tapahtuvan (FRA 2014, 10–11). EU:n perusoikeusviraston tutkimuksen mukaan suomalaisista transihmisistä puolet (50 %) vältteli joitain paikkoja pelon vuoksi ja kolmasosa (31 %) vältteli sukupuolen ilmaisua tietyissä paikoissa tutkimusta edeltävänä vuonna (FRA 2014, 72). On myös havaittu, että sukupuolivähemmistöt kokevat enemmän mielenterveysongelmia muihin sateenkaari-ihmisiin verrattuna. Yhdysvaltalaisessa Sun ym. (2016) tutkimuksessa transihmiset kertoivat kokeneensa masennuksen oireita ja yrittäneensä itsemurhaa useammin verrattuna cissukupuolisiin sateenkaari-ihmisiin. Alangon (2014, 39, 56) tutkimuksesta suomalaisten sateenkaarinuorten hyvinvoinnista ilmenee, että transnuorilla on enemmän masennus- ja

ahdistusoireita muihin nuoriin verrattuna. Mielenterveysongelmien ja itsemurhayritysten todennäköisyyden on yleisesti arvioitu liittyvän transihmisten kokemaan syrjintään, joka on merkittävä riskitekijä masennukselle (Su ym. 2016, 13).

Puhuttaessa vähemmistöjen kokemasta syrjinnästä ja sen pelosta käytetään usein vähemmistöstressin käsitettä. Vähemmistöstressi viittaa stressiin, jota stigmatisoidut ihmisryhmät kokevat kohtaamiensa syrjinnän, ennakkoluulojen ja mikroaggressioiden kasautuessa. Vähemmistöstressi voi johtua näiden kokemusten lisäksi niiden pelosta tai negatiivisten sosiaalisten asenteiden sisäistämisestä. (Nordmarken & Kelly 2014, 161; Rood ym. 2016, McLemore 2018, 54, 58; Aarnio, Lahti, Kerppola & Moring 2020, 7.) Vähemmistöstressi ei siis johdu pelkästään syrjinnästä, vaan osittain myös omista sisäistetyistä normatiivisista käsityksistä, jotka vaikuttavat näkemykseen itsestä ja omista mahdollisuuksista (Alanko 2014, 56). Transihmisten kohdalla vähemmistöstressi on yleistä, ja se voi vaikuttaa negatiivisesti sekä heidän terveyteensä että yhteiskunnalliseen osallisuuteen laajemmin (Poteat, German & Kerrigan 2013, 22; McLemore 2015, 69; Rood ym. 2016, 152, 162).

### **2.3. Kapeat sukupuolikäsitykset tuottavat syrjintää**

Sukupuolivähemmistöjen syrjintä on yleistä, ja se vaikuttaa heidän elämäänsä monin haitallisoin tavoin. Syrjintää tapahtuu siitä huolimatta, että se on kielletty Suomen tasa-arvolaissa. Laeilla on merkitystä, mutta ne eivät kuitenkaan takaa, että transihmisten kohtelu muuttuisi aiempaa kunnioittavammaksi. Varsinkaan niille sukupuolivähemmistöihin kuuluville, jotka eivät täytä juridiseen sukupuoleensa yleisesti liitettyjä odotuksia, lakimuutokset eivät riitä ilman, että ympäröivä yhteiskunta muuttuu hyväksyvämmäksi sukupuolen moninaisuutta kohtaan. (Wilchins 2004, 153; Euroopan komissio 2020, 14.) Yhteiskunnallisten tasa-arvoon liittyvien muutosten hitautta voi selittää virallisten instituutioiden ja epävirallisten käytäntöjen vuorovaikutteisella suhteella. Epätasa-arvoa on mahdollista vähentää lainsäädännöllä tai tasa-arvotyöllä, mutta epävirallisten käytäntöjen jatkuminen voi mitätöidä muutokset käytännössä. (Kantola ym. 2020, 18.)

Sukupuolivähemmistöjen olemassaolo ja näkyvyys haastavat sukupuoleen liittyviä normeja, jotka ovat pitkään olleet kyseenalaistamaton osa länsimaista kulttuuria (Poteat ym. 2013, 28; Makwana ym. 2018, 206). Normi on yleisenä tai standardina pidetty

käsitys, sääntö tai toimintatapa, joka on sellaiseksi tehty ja sellaisena ylläpidetty sen normalisoinnin avulla. Sosiaalista toimintaa ohjaavat normit voivat olla selkeästi ilmaistuja, kuten esimerkiksi lait, tai vaikeammin tunnistettavissa olevia ohjenuoria. Normit ovatkin eräänlaisia oletuksia ja odotuksia siitä, millaisia ihmiset ovat ja minkälaisia heidän tulisi olla. (Butler 2004, 41; Taavetti 2015, 22.) Länsimaissa sukupuoli on pitkään käsitetty kaksijakoisena ja selväpiirteisenä ominaisuutena, joka perustuu anatomisiin piirteisiin (Aarnipuu 2008, 13; Alanko 2014, 16). Intersukupuolisuus ja transihmisyys eivät sovi yleiseen käsitykseen siitä, että sukupuoli on synnynnäinen ja pysyvä totuus, jonka terveydenhuollon ammattihenkilöt voivat yksiselitteisesti todeta kehosta. Sukupuolten kaksijakoon sopimattomat sukupuolet taas horjuttavat käsitystä naisen ja miehen välisen sukupuolieron ehdottomuudesta. (Butler 2004, 6–7; 42–43; Aarnipuu 2008, 211–213.)

Ihmisten suhtautuminen sukupuolen moninaisuuteen vaihtelee suuresti. Siinä missä jotkut suhtautuvat avoimesti sukupuolinormien kyseenalaistamiseen, toiset kokevat sen uhkana, joka aiheuttaa epämukavuutta, pelkoa ja jopa avointa vihamielisyyttä. (Aarnipuu 2008, 236; Makwana ym. 2018, 206.) Varsinkin ihmiset, jotka arvostavat perinteisiä sukupuolirooleja, järjestystä ja ennustettavuutta, pitävät usein transihmisten olemassaoloa itseään häiritsevänä asiana. Transfobia eli negatiivinen suhtautuminen transihmisiä kohtaan voikin toimia psykologisena puolustusmekanismina tätä epämukavuutta vastaan. (Aarnipuu 2008, 236; Poteat ym. 2013, 28; Makwana ym. 2018, 206.) Osa transivihamielisyydestä perustuu käsitykseen, jossa transihmiset nähdään ”huijareina”, ihmisinä, jotka teeskentelevät olevansa muuta kuin ovat. Tämä voi tarkoittaa transihmisyiden näkemistä esityksenä tai sukupuoli-identiteetin näkemistä yhdentekevänä syntymässä määritetyn juridisen sukupuolen rinnalla. (Butler 2004, 9–10; Bettcher 2014, 386, 390–391.) Onkin helppo nähdä, miten erilaiset käsitykset sukupuolesta kytkeytyvät sukupuolivähemmistöihin suhtautumiseen yhteiskunnassa terveydenhuolto mukaan lukien. Terveydenhuolto on yksi elämän osa-alue, jossa sukupuolivähemmistöt kohtaavat yhteiskunnassa vallitsevat käsitykset sukupuolesta. Seuraavassa luvussa tarkastelen näihin käsityksiin vaikuttavia teoriakeskusteluja.



### **3. TEORIAKESKUSTELUT SUKUPUOLEN MONINAISUUDESTA**

Se, mitä sukupuolesta yhteiskunnallisesti ja tieteessä ajatellaan, on sukupuolivähemmistöjen kannalta erittäin oleellinen asia, koska se vaikuttaa muiden ihmisten käsityksiin heistä ja asenteisiin heitä kohtaan (Aarnipuu 2008, 211–213; Huuska 2010, 156). Sukupuolen moninaisuutta on käsitelty länsimaisessa tieteessä aina 1800-luvun puolivälistä eteenpäin, ja siihen liittyvistä aiheista on ollut olemassa merkittävä määrä kirjallisuutta jo vuosikymmenien ajan (Tainio 2013, 20; Stryker & Currah 2014, 4). Sukupuolta koskeva tieto onkin jatkuvasti muutoksessa, kun se lisääntyy ja moninaistuu (Haataja 2019, 27).

Sukupuolen moninaisuutta koskeva teoriakeskustelu on jaettavissa karkeasti feministiseen ja lääketieteelliseen (Wilchins 2004, 60). Tässä luvussa tarkastelen feminististä teoriaa sukupuolesta sekä sen jännitteistä suhdetta lääketieteeseen ja lääketieteen ohjaamiin hoitokäytäntöihin. Aloitan teoreettisen jäsennyksen käymällä läpi, miten eri tavoin sukupuolta on sukupuolentutkimuksessa teoretisoitu ja miten se on vaikuttanut ymmärrykseen sukupuolen moninaisuudesta. Esittelen myös transaiheiden tutkimukselle keskeisiä sukupuolentutkimuksen tutkimussuuntia kansainvälisellä tasolla ja Suomessa. Tämän jälkeen paneudun tarkemmin lääketieteen tapoihin käsitteellistää sukupuolen moninaisuutta sekä tähän liittyviin vallan kysymyksiin. Luku etenee siis feministisestä sukupuolen teoretisoinnista ja tutkimuskentän esittelystä kohti lääketiedettä ja terveydenhuoltoa.

#### **3.1. Feministiset teoriakeskustelut sukupuolen moninaisuudesta**

##### **3.1.1. Sukupuoli feministisessä teoriassa**

Feminististä tutkimusta ja aktivismia on pitkään määrittänyt keskittyminen naisten ja muiden sorrettujen ihmisryhmien yhteiskunnallisen aseman parantamiseen. Cissukupuolisten naisten ja miesten eriarvoisen aseman oikeutuksia on vastustettu aina naisliikkeen alusta alkaen 1800-luvulla, kun naiset vaativat aiemmin vain miehille kuuluneita oikeuksia kuten äänioikeutta. (Ramazanoglu & Holland 2002, 147; Brooks & Hesse-Biber 2007, 4; Rossi 2010, 21–38.) Feministiseen keskusteluun ovat sittemmin liittyneet olennaisesti myös

keskustelut ja kiistat siitä, minkälaisena ilmiönä sukupuoli tulisi ymmärtää. Monet näistä keskusteluista ovat koskeneet kiistaa sukupuolen essentialismin eli olemuksellisuuden ja sosiaalisen konstruktionismin eli rakentumisen välillä. (Rossi 2010, 22; Johnson 2012, 7.)

Sukupuoli nähtiin länsimaisessa tieteessä pitkään itsestään selvänä, objektiivisena totuutena, ja sukupuolille nähtiin kuuluvan tiukat yhteiskunnalliset roolit (Aarnipuu 2008, 121–126; Rossi 2010, 24; Haataja 2019, 52). Pohjoismaisessa sukupuolentutkimuksessa näitä sukupuoleen liittyviä yleisiä käsityksiä on jäsennetty sukupuolijärjestelmän termin kautta. Se mahdollistaa sukupuoleen liittyvien vallitsevien normien hahmottamisen kokonaisuutena, ja käytän sitä yhteiskuntatieteilijä Raija Julkusen (2010) määritelmää mukaillen. Länsimaissa vallitsevan sukupuolijärjestelmän mukaan sukupuoli on kaksijakoinen ominaisuus, naiset ja miehet ovat toistensa vastakohtia, ja naisille tai miehille sopivina pidettyjä asioita rajaavat sukupuoliroolit. (Julkunen 2010, 14–16; Rossi 2010, 28; Taavetti 2015, 22.) Ajatukseen naisten ja miesten vastakkaisuudesta liittyvä oletus heteroseksuaalisuudesta, jonka kautta sukupuolten nähdään täydentävän toisiaan. Sukupuolijärjestelmä on myös hierarkkinen niin, että naisia ja naisellisuutta pidetään yhteiskunnassa miehiä ja miehisyttä vähemmässä arvossa. Sukupuolijärjestelmä kokoaa siis alleen sekä sukupuolten eron ja erillään pidon, hierarkian että heteroseksuaalisuuden normit. (Julkunen 2010, 14–16; Rossi 2010, 23, 28.)

Cisnaisten ja -miesten eriarvoista asemaa yhteiskunnassa on historian saatossa oikeutettu perustamalla ymmärrys sukupuolesta biologiaan ja siitä juontuviin eroihin (Aarnipuu 2008, 121–126; Rossi 2010, 24; Haataja 2019, 52). Humanistisissa ja yhteiskuntatieteissä tapahtui kuitenkin 1900-luvun jälkipuoliskolla teoreettinen käänne, joka merkitsi irtautumista universaaleina ja objektiivisina pidetyistä selitystavoista, jotka koskivat kulttuuria ja yhteiskuntaa. Tämä usein jälkistrukturalismiksi tai postmodernismiksi kutsuttu uusi filosofinen näkemys korosti kielen, käsitteiden ja puhetaipojen eli diskurssien tuottavaa voimaa, ja se innosti ja siivitti tutkijoita ja aktivisteja myös uudenlaiseen ajatteluun sukupuolesta. (Julkunen 2010, 47; Rossi 2010, 32; Johnson 2012, 12.)

Postmoderniin ajatteluun liittyvästä sosiaaliskonstruktionistisesta näkökulmasta ihmisillä ja maailmalla ei ole olemusta, joka suoraan määrittäisi olemisen ja tekemisen tapoja (Burr 2015, 6, 12). Jälkistrukturalistiset feminismin suuntaukset ovatkin kyseenalaistaneet sukupuoleen liitetyn essentialismin sekä sen myötä ajatuksen yhdestä, yhtenäisestä naiseudesta ja sen määritelmästä (Julkunen 2010, 48). Tämän liikehdinnän voi nähdä tapahtuneen kahdessa vaiheessa toisen ja kolmannen aallon feminismeissä. 1960–70-luvuilla feminismin toisen aallon ajattelijat haastoivat näkemyksen sukupuolesta pelkästään

ruumiillisiin ominaisuuksiin perustuvana ominaisuutena. Feministisiin keskusteluihin nostettiin lääketieteellisestä käytöstä lainattu englanninkielinen gender-termi auttamaan erottelemaan toisistaan sukupuolen suvunjatkamiseen liittyvät, biologiset seikat (*sex*) niin sanotusta sosiaalisesta sukupuolesta (*gender*). Sosiaalinen sukupuoli nähtiin yhteiskunnallisesti muotoutuneena ominaisuutena, joka kehittyi ihmiselle sosialisointia myötä ja on siten sosiaalisesti rakentunut konstruktio. (Rossi 2010, 22; Inglis & Thorpe 2012, 247; Johnson 2012, 7; Kantola & Harjunen 2013, 243.)

Sukupuolen osa-alueiden erottelu muutti sukupuolen käsitteellistämistä ja myös tasa-arvopolitiikkaa merkittävästi, sillä sukupuolirooleja ei nähty enää suorana ja luonnollisena seurauksena sukupuolten fyysisistä eroista. Sosiaalisen sukupuolen käsite toi feministiseen ajatteluun idean sukupuolen muuttuvuudesta ja muutettavuudesta, minkä avulla pystyttiin argumentoimaan, ettei sukupuoleen liittyvä sorto ole peräisin biologisista eroista vaan sukupuolen sosiaalisesta järjestämisestä. (Aarnipuu 2008, 64–65; Rossi 2010, 26–27.) Erottelun merkitys oli kehittyessään suuri, ja sitä on käytetty laajasti sekä sukupuolentutkimuksessa että yleiskielessä. Kuitenkin monet feministiteoreetikot ovat olleet tyytymättömiä tähän jaotteluun muun muassa siksi, että se jättää sukupuolen fyysiset ominaisuudet kriittisen tarkastelun ulkopuolelle. (Rossi 2010, 22, 28.) Jako tarkoittikin aluksi sitä, ettei ajatusta kahdesta biologisesta sukupuolesta ja niiden luonnollisuudesta ollut tarpeen epäillä tai horjuttaa. Ajatus biologisesta sukupuolesta säilyttikin vahvan aseman feministisessä ajattelussa ja se nähtiin valtasuhteiden ulkopuolisena kategoriana. (Koivunen & Liljeström 1996, 22; Julkunen 2010, 17; Kantola & Harjunen 2013, 243–245.)

Feministien keskuudessa argumentteja sukupuolen kokonaisvaltaisesta sosiaalisesta rakentumisesta esitettiin jo niinkin aikaisin kuin 1970- ja 1980-luvuilla. Sosiaalisen ja biologisen sukupuolen jaottelun kritiikki ja kyseenalaistaminen saivat näkyvyyttä kuitenkin vasta 1990-luvulla. (Johnson 2012, 7.) Suurin vaikutus tähän muutokseen oli yhdysvaltalaisen filosofi Judith Butlerin ajatuksilla sukupuolesta. Butler haastoi perinteiset identiteetikategoriat ja essentialistiset käsitykset sukupuolesta tematisoimalla, että sukupuoli on sosiaalista performanssia, jolla luodaan vaikutelma sukupuolen luonnollisuudesta. (Butler 1990; Julkunen 2010, 17; Rossi 2010, 26–27; Johnson 2012, 12; Juvonen 2016, 46–48.) Butler on kuvannut tätä luonnollistamista osana pakottavaa heteroseksuaalisuuden matriisia, joka rakentuu kaksijakoiselle ajatukselle toisiaan täydentävistä sukupuolista. Tämän matriisin tuottaminen tarvitsee myös ”toisia”, jotka on suljettu järjestelmän ulkopuolelle. Kun vain järjestelmään sopivat kehot, halut ja identiteetit nähdään ymmärrettävinä, väärillä tavoilla sukupuolisten ja seksuaalisten ihmisten ihmisyyttä

kyseenalaistuu. (Butler 1990, 1993; Lahti 2019, 36–38.) Sukupuolen kaksijakoa, sukupuolirooleja ja oletusta heteroseksuaalisuudesta voidaan kuvata myös kokonaisuudessaan aiemmin esitellyn sukupuolijärjestelmän käsitteellä.

Butler (1993) toi lisäksi esiin, että sukupuolen jako sosiaaliseen ja biologiseen aspektiin jätti käsittelemättä kokonaan biologisen sukupuolen sosiaalisen rakentumisen. Butlerin mukaan biologinen sukupuoli on sosiaalisesti tuotettu ja institutionalisoitu asia siinä missä sosiaalinen sukupuolikin, eikä se siis ole objektiivinen tosiasia. Se, miten kehot sukupuolitetaan, ei olekaan historian, aukoton ja yksiselitteinen totuus, vaan kulttuurinen rakennelma. (Butler 1993, 2004; Inglis & Thorpe 2012, 247; Kantola & Harjunen 2013, 245; Juvonen 2016, 46–48.) Jos sosiaalinen ja biologinen sukupuoli nähdään sosiaalisesti tuotettuina asioina, asettaa tämä myös kyseenalaiseksi jaottelun tarpeen ylipäätään (Wilchins 2004, 69). Sukupuolen kehollisen puolen käsitteellistämisen kritisointi ei tarkoita ihmisten materiaalisen ruumiillisuuden kieltämistä vaan kysyy ja kyseenalaistaa, minkälaisia merkityksiä ruumiillisuus yhteiskunnassa saa ja miksi (Rossi 2010, 23).

Ajatus sukupuolesta kokonaisvaltaisesti sosiaalisten normien, rakenteiden ja diskurssien tuotoksena on ollut vaikutusvaltainen feministisessä ajattelussa ja tutkimuksessa (Julkunen 2010, 17; Juvonen 2016, 46–48). Sukupuolen moninaisuuteen liittyen feministisessä tutkimuksessa on käsitelty ensinnäkin sukupuolitettujen kehollisten ominaisuuksien tulkinnanvaraisuutta ja suhteellisuutta. Näissä tarkasteluissa on tuotu esille, että ihmisiä on mahdollista sukupuolittaa myös eri tavoin kuin länsimaisessa modernissa tieteessä on tehty ja että sukupuolitettujen kehollisten ominaisuuksien variaatiot ovat suhteellisen yleisiä. (Wharton 2005, 20–23; Aarnipuu 2008, 64–65; Rossi 2010, 23.) Postmoderni feminismi on myös kyseenalaistanut luonnontieteiden aseman kulttuurissa ja tieteessä sekä sille ominaiset tavat asettaa sukupuoli ilmiönä kahteen tiukkaan kategoriaan. Koska sukupuoleen liittyvät kategoriat ovat kulttuurisesti rakennettuja sopimuksia, niitä ei voi lukita tai pitää pysyvinä. (Butler 2004, 42–43; Inglis & Thorpe 2012, 247.)

Jälkistrukturalistisiin vallan teorioihin pohjautuen sukupuolentutkimuksessa on puhuttu myös siitä, miten kaksijakoinen ja olemuksellinen sukupuolikäsitys tuottaa omaa uskottavuuttaan rajaamalla sen kategorioihin sopimattomat ihmiset hyväksyttävyyden ulkopuolelle (Butler 2004, 42–43, 52; Julkunen 2010, 7, 49; Juvonen 2016, 48). Sukupuolikäsitykset ja niihin liittyvä vallankäyttö näkyvät muun muassa siinä, miten sukupuolen moninaisuudesta puhutaan. Esimerkiksi juridiseen sukupuoleen viittaaminen ”syntymäsuokupuolena” ylläpitää käsitystä sukupuolesta olemuksellisena. Mikäli cissukupuolisen henkilön sanotaan olevan jotain sukupuolta ja transihmisen kokevan

sukupuolensa olevan jotain, kyseenalaistaa tämä transihmisen sukupuolen eri tavalla kuin cisukupuolisen ihmisen. Se, miten sukupuolesta puhutaan, onkin erittäin merkityksellistä vallankäytön näkökulmasta. (Tainio 2013, 18, 29.)

### **3.1.2. Sukupuolen moninaisuus feministisissä tutkimussuuntauksissa**

Edellä olen esittänyt tiivistetysti, miten feministinen teoria sukupuolesta on kehittynyt ja mitä se merkitsee käsityksille sukupuolen moninaisuudesta. Sukupuolivähemmistöihin kuuluvat ihmiset ovat itsekin osallistuneet tähän teoretisointiin, ja transihmisyyden nostattamat kysymykset sukupuolesta ovat muovanneet feminististä ajattelua (Johnson 2012, 2, 8; Stryker & Bettcher 2016, 9). Feministinen teoria sukupuolesta on aina myös kehittynyt suhteessa feministisiin liikkeisiin ja aktivismiin. Suhtautuminen sukupuolen moninaisuuteen on yksi feministisiä ryhmittymiä jakava kysymys (Johnson 2012, 2).

Sukupuolen essentialismin kyseenalaistaminen on tarkoittanut myös naisen identiteetikategorian uudelleenmuotoilua, mihin kaikki feministiset tahot eivät ole suhtautuneet myöntävästi (Julkunen 2010, 48; Johnson 2012, 2). Jotkut feministiset ryhmittymät ovat vastustaneet transihmisten läsnäoloa ja etenkin transnaisten sisällyttämistä naisen kategoriaan. Tätä on perusteltu sillä, että transihmisiä ei ole syntymästä asti sosialisoitu sukupuoli-identiteettinsä mukaan tai jopa väittäen, että he vain esittävät roolia päästäkseen vakoilemaan toisen sukupuolen todellisuutta. (Butler 2004, 9–10; Aarnipuu 2008, 95; Stryker & Bettcher 2016, 9.) Sukupuolen kaksijaottelun ulkopuoliset sukupuolet taas ovat jääneet monien keskustelujen ulkopuolelle, eikä niitä aina ole uskottu todeksi. Transihmisyyden vastaisten argumenttien taustalla ovat usein sellaiset konservatiivisemmat käsitykset sukupuolesta ja sen määrittymisestä, jotka eivät jätä tilaa transihmisten kokemuksille sukupuolesta. Transihmiset ovatkin saaneet taistella paikastaan feministisissä liikkeissä monina eri aikakausina. (Aarnipuu 2008, 211; Johnson 2012, 9–10; Stryker & Bettcher 2016, 6, 9.)

1990-luvun postmoderni kehitys vaikutti siihen, että monet marginalisoidut ihmisryhmät alkoivat uusin tavoin kyseenalaistaa valta-asemassa olevia kulttuurisia toimintamalleja ja ajattelutapoja (Stryker & Currah 2014, 5). Jälkistrukturalistinen queer-teoria ja siitä eriytynyt transtutkimus ovat erityisesti sukupuolen moninaisuuden kysymyksiin tarttuneita tutkimussuuntauksia, jotka ovat myös jatkuvassa vuorovaikutuksessa sukupuolentutkimuksen kanssa (Alasuutari ym. 2017, 5). Feminististä,

queer- ja transtutkimusta ei olekaan syytä asettaa keskinäiseen aikajärjestykseen, sillä ne ovat kehittyneet limittäin toistensa kanssa ja vaikuttavat alati toisiinsa (Butler 2004, 4).

Queer-teoria on jälkistrukturalistinen suuntaus, joka on keskittynyt tarkastelemaan erityisesti seksuaalisuuteen ja sukupuoleen liitettyjä merkityksiä ja identiteettikategorioita (Hekanaho 2010, 144–149). Muun muassa Judith Butlerin ja Eve Kosofsky Sedgwickin teoretisoinnit näistä aiheista ja niihin liittyvien jaottelujen rajoittavuudesta vaikuttivat keskeisesti queer-teorian syntyyn (Butler 1990; Sedgwick 1990; Hekanaho 2010, 144; Björklund & Dahl 2015, 7; Juvonen 2019, 5–6). Queer-tutkimuksella on myös kytköksiä homo- ja lesbotutkimukseen, jonka lähestymistapoihin se on vaikuttanut niin kansainvälisissä keskusteluissa kuin Suomessakin (Hekanaho 2010, 145–149, 161–163; Rossi 2010, 24–25; Carlson & Wickman 2011, I).

Sana queer, joka kääntyy suomeksi muun muassa oudoksi, vinoksi tai pervoksi, on alkujaan seksuaali- tai sukupuolinormeja rikkovien haukkumanimi, jonka aktivistit ottivat haltuunsa (Hekanaho 2010, 144–146; Liljeström 2019, 25). Transtutkija Susan Stryker (2013, 154–156) luonnehtii queeria sanana, joka positiiviseksi käännettynä kuvasi sateenkaariyhteisön ja laajemman yhteiskunnan potentiaalia liikkua odottamattomiin suuntiin ja muuttaa maailmaa. Queer-teoriassa onkin identiteettien ja erojen lisäksi kyse politiikasta ja vallasta (Butler 2004, 7; Wilchins 2004, 5). Queer-teorian ohjaamassa tutkimuksessa on analysoitu muun muassa sitä, miten normaaliuden ja poikkeavuuden käsitteet rakentuvat ja miten niitä ylläpidetään kulttuurillisesti. Lähestymistapana queer on vaatinut ja tuonut moniäänisyyttä keskusteluun seksuaalisuudesta, sukupuolesta ja identiteeteistä, ja queer-tutkimus on näin mahdollistanut moninaisemman ymmärryksen niihin liittyvistä prosesseista. (Hekanaho 2010, 146–149; Stryker & Bettcher 2016, 8–9.) Suomessa queer-teoriaa on hyödynnetty niin sukupuolen ja seksuaalisuuden tutkimuksissa kuin kulttuuritutkimuksessakin (Karkulehto 2010, 161–163).

Yhdysvaltalaisessa keskustelussa queer-teoria vaikutti transaktivismiin ja -politiikkaan jo 1990-luvulla purkamalla sukupuoleen ja seksuaalisuuteen liitettyjä kaksijakoja ja tekemällä tilaa transkokemusten uudelle, moninaisemmalle nimeämiselle (Hekanaho 2010, 146–149; Rossi 2010, 24–25; Kähkönen & Wickman 2013, II; Tainio 2013, 28; Juvonen 2019, 6). Feministisessä ja queer-tutkimuksessa transihmisyyttä on kuitenkin käytetty haastamaan sukupuolikäsityksiä monesti kiinnittämättä huomiota transihmisten elettyihin kokemuksiin, tasa-arvokamppailuihin tai panokseen sukupuolta koskevassa politiikassa. Transtutkijat ja -aktivistit kuten edellä mainittu Stryker sekä Riki Anne Wilchins alkoivatkin itse kirjoittaa sukupuolesta kumotakseen essentialistisia

käsityksiä transihmisyydestä sekä luodakseen uutta teoreettista ymmärrystä sukupuolesta. (Johnson 2012, 13–14, 19.) Vaikka sukupuolen moninaisuutta käsittelevää tutkimusta tehtiin jo ennen 1990-lukua, transihmisten uudenlainen osallistuminen keskusteluun ja uudet tavat ymmärtää transihmisten elämää erottelevat transtutkimuksen aiemmasta tutkimuksesta (Stryker 2013, 160). Transtutkimuksessa transihmiset ovatkin sekä tiedon kohteita että subjekteja, jotka voivat artikuloida omia kokemuksiaan (Stryker & Currah 2014, 6–9; Alasuutari ym. 2017, 5–7).

Transtutkimus on jatkuvasti kasvava monitieteellinen ja kriittinen tutkimusala, joka osallistuu monipuolisesti yhteiskunnalliseen keskusteluun transihmisyydestä sekä transihmisten asemasta ja oikeuksista (Kähkönen & Wickman 2013, V; Stryker & Currah, 2014, 1; Alasuutari ym. 2017, 5–6). Transtutkimuksella on yhtymäkohtia niin feministiseen tutkimukseen, queer-tutkimukseen, intersukupuolisuuden tutkimukseen kuin vammaistutkimukseenkin. Se on käynyt myös paljon kriittistä keskustelua psykologisen ja lääketieteellisen tutkimuksen kanssa. (Stryker 2004, 214; Stryker 2013, 160; Alasuutari ym. 2017, 5.) Siinä missä aiemman transihmisyyden tutkimuksen kohteena oli transsukupuolisuus ilmiönä, transtutkimuksessa tarkastellaan myös vallankäyttöä ja tiedontuotantoa, joka asettaa transihmiset poikkeaviksi sekä lääke- ja oikeustieteellisten interventioiden kohteeksi (Stryker & Currah 2014, 5).

Suomessa sukupuolentutkimus on kattokäsite moninaisille tutkimussuunnille, ja esimerkiksi queer-tutkimusta tehdään lähinnä sen sisällä (Liljeström 2019, 25, 33–34). Marianne Liljeströmin (2019, 33) mukaan suomalaisten sukupuolta ja seksuaalisuutta kriittisesti tarkastelevien alojen välit ovat kapeita ja niiden väliset suhteet tiiviitä. Stryker (2013, 148) taas on luonnehtinut pohjoismaista transaiheiden tutkimusta määrittävän läheisyys transpolitiikkaan, koska transtutkimus osallistuu kansallisella tasolla poliittiseen keskusteluun. Suomessa onkin ollut nähtävissä paljon solidaarisuutta eri liikkeiden ja aktivistiryhmien välillä sukupuolivähemmistöihin liittyvissä kysymyksissä (Alasuutari ym. 2017, 4–5).

Suomalaisissa ihmistieteissä transihmisyyden tutkimus alkoi monia muita länsimaita myöhemmin, ja vielä 1990-luvulla tutkijat liikkuiivat lähes tutkimattomilla alueilla (Huuska 2010, 155–156; Alasuutari ym. 2017, 7). Ensimmäiset suomalaiset transsukupuolisuutta käsittelevät väitöskirjat ilmestyivät 2000-luvulla (Wickman 2001; Vilkkä 2006; Pimenoff 2008), minkä lisäksi tutkimusraporteissa on käsitelty transihmisten kokemuksia muun muassa työelämässä. 2010-luvulla transtutkimus ja intersukupuolisuuden tutkimus alkoivat yleistyä niin Suomessa kuin muissakin Pohjoismaissa. Tällöin ilmestyivät

ensimmäiset transtutkimukseen ja intersukupuolisuuden tutkimukseen keskittyvät tieteisartikkelijulkaisut. Myös transaiheita käsitteleviä opinnäytetöitä on alettu tehdä entistä enemmän. (Kähkönen & Wickman 2013, VI; Alasuutari ym. 2017, 8.) Suomalaisella yhteiskuntatieteellisellä transtutkimuksella on pyritty tuottamaan tietoa, joka voi auttaa parantamaan sukupuolivähemmistöjen asemaa yhteiskunnassa. Lisäksi tutkimus on suhtautunut kriittisesti lääketieteellisiin diskursseihin sukupuolen moninaisuudesta. (Huuska 2010, 155–157.) Tähän monitieteelliseen ja kriittiseen tutkimustraditioon sijoitan myös oman tutkimukseni.

### **3.2. Lääketieteen valta-asema sukupuolen moninaisuuden ymmärtämisessä**

Edellä olen käsitellyt sukupuolta ja sen moninaisuutta feministisen teorian viitekehyksessä sekä paikoittanut oman tutkimukseni yhteiskuntatieteellisen sukupuolen- ja transtutkimuksen tutkimuskentälle. Hallitseva asema sukupuolen variaatioiden tutkimuksessa ja nimeämisessä on kuitenkin ollut pääsääntöisesti lääketieteellä, psykologialla ja oikeustieteillä (Stryker & Currah 2014, 4; Juvonen 2019, 18). Erityisesti yhdysvaltalainen lääketiede on historiallisesti määritelty, millaisena ilmiönä sukupuolta pidetään ja miten siitä on puhuttu (kts. esim. Aarnipuu 2008; Tainio 2013; Hegarty ym. 2021). Nämä määritelmät ovat vaikuttaneet myös feministisiin keskusteluihin: niitä on hyödynnetty suoraan, kritisoitu ja uudelleenmuotoiltu, mikä on puolestaan vaikuttanut lääketieteeseen. Käsittelen tätä suhdetta seuraavaksi kertomalla ensin intersukupuolisuuden ja transihmisyyden käsitteellistämisestä länsimaaisessa lääketieteessä. Tämän jälkeen paneudun siihen liittyviin vallan kysymyksiin queer-teoreettisesta näkökulmasta.

#### **3.2.1. Sukupuolen moninaisuuden lääketieteellinen käsitteellistäminen**

Lääketieteellinen kiinnostus sukupuolitettuihin kehoihin ja niiden ominaisuuksiin kasvoi länsimaissa 1800-luvulta lähtien (Stryker & Currah 2014, 4; Crocetti, Arfini, Monro & Yeadon-Lee 2020, 944). Koska ihmisten kehot eivät jakaudu minkään sukupuolipiirteen suhteen täydellisesti kahteen ryhmään ja keholliset variaatiot ovat suhteellisen yleisiä, kaikki



yksinkertaistavat dikotomiset erottelut kehoista romahtavat tarkemmin tarkasteltuina. Kysymys siitä, minkä kehollisen ominaisuuden tulisi ensisijaisesti määrittää lapsen sukupuoli, muodostui näin haastavaksi. Kuitenkin lääketieteellisessä tutkimuksessa vallitsi vahva konsensus, jonka mukaan kaikki kehot tuli jaotella naisiin tai miehiin. (Dreger 1998, 26; Wharton 2005, 20–23; Aarnipuu 2008, 64–65.) Kehot, joiden sukupuolipiirteet eivät vastanneet oletuksia naisten ja miesten kehoista, nähtiinkin ongelmana (Aarnipuu 2008, 121–126; Huuska 2010, 156; Hegarty ym. 2021, 101–102).

Yhdysvalloissa kehittyi 1950-luvulla lääketieteellinen lähestymistapa intersukupuolisuuteen, joka perustui ajatukseen sukupuoli-identiteetin kehittymisestä yksiselitteisen anatomian ja kasvatuksen mukaiseksi. Käytännössä tämä tarkoitti kaksijakoiseen sukupuolikäsitykseen anatomisesti sopimattomien lasten kehojen kirurgista ja hormonaalista muokkaamista sukupuoli-identiteettiä vastaaviksi. Tämän ajateltiin vahvistavan vanhempien käsitystä lapsensa sukupuolesta ja siten kasvatuksen kautta edistävän lapsen sukupuoli-identiteetin oikeansuuntaista kehitystä. (Dreger 1998, 24–27; Crocetti ym. 2020, 945; Hegarty ym. 2021, 102.) Intersukupuolisten kehojen muokkausta on perusteltu niin lapsen kehityksellä kuin vanhempien tyynnyttämisellä ja yhteiskunnalliseen hyväksyttävyyteen liittyvillä tekijöilläkin. Se nähtiin pitkään intersukupuolisten hyvinvoinnin kannalta hyödyllisenä, eikä siihen liittyviä eettisiä ongelmia alettu käsitellä kunnolla kuin vasta vuosituhannen vaihteessa. (Dreger 1998, 25; Hegarty ym. 2021, 102.)

Intersukupuolisten kehojen hoitokäytäntöjen kehittymisen taustalla näkyvä normalisoinnin eetos on ollut läsnä myös lääketieteen suhtautumisessa transihmisyyteen. Transkokemuksia on tutkittu paljon aina 1800-luvulta lähtien, ja ne nähtiin aluksi osana sairaudeksi luokiteltua homoseksuaalisuutta. 1950- ja 60-luvuilla syntyivät kuitenkin transsukupuolisuuden ja transvestismin lääketieteelliset käsitteet, ja ne määriteltiin poikkeamana normatiivisesta sukupuolesta. Transvestisminä yleisesti tunnettua sukupuolinormeista poikkeavaa sukupuolen ilmaisua kuvattiin pitkään häiriönä ihmisen kehityksessä. (Sullivan 2008, 108; Johnson 2012, 3; Stryker & Currah 2014, 4; Parhi 2018, 55–56.) Koska sukupuoli oli nähty pitkään kokonaisvaltaisena ominaisuutena, vasta sosiaalisen sukupuolen käsitteellistäminen kehosta erillisenä teki konseptuaalisesti mahdolliseksi ajatuksen niiden välisestä ristiriidasta. Lääketiedettä pitkään hämmentäneet transkokemukset pystyttiinkin jaottelun avulla selittämään analyttisesti ristiriitana biologisen sukupuolen ja sukupuoli-identiteetin välillä. (Aarnipuu 2008, 64–65, 107; Rossi 2010, 27; Johnson 2012, 3; Kähkönen & Wickman 2013, II; Tainio 2013, 18.)

Transsukupuolisuuden käsitteen kehittämisen myötä lääketieteen uudeksi tavoitteeksi muodostui sen varmistaminen, että sukupuolen eri osa-alueet sopivat yhteen (Aarnipuu 2008, 107). Tämän saavuttamiseksi kehittyi sukupuolen korjausprosessi, jonka lääketieteellinen puoli keskittyy hoitoihin, joilla kehoa muokataan vastaamaan yksilön sukupuoli-identiteettiä. Samalla transsukupuolisuus leimattiin mielenterveyden häiriöksi. (Aarnipuu 2008, 107, 134; Huuska 2010, 156; Kärnä ym. 2018, 2633; Seta 2020b.) Lääketieteen valta-asema transsukupuolisuuden asiantuntijana myös institutionalisoitiin kehittämällä sille organisaatioita, lakeja, hallintoa, tutkimuskeskuksia ja -julkaisuja sekä lääketieteelliset hoidon standardit (Tainio 2013, 20; Stryker & Currah 2014, 4).

Kaksijakoisena ymmärretty transsukupuolisuus lisättiin Yhdysvaltain psykiatriyhdistyksen DSM-diagnosijärjestelmään vuonna 1980. Jo tällöin tiedostettiin, etteivät kaikki transihmiset olleet diagnosoitavissa tämän määritelmän mukaisesti transsukupuolisiksi, ja järjestelmään luotiin oma kategoria ”epätyypilliselle sukupuoli-identiteetin häiriölle”. (Kärnä ym. 2018, 2633.) Sukupuolen moninaisuuden käsitteellistäminen alkoi kuitenkin laajeta merkittävästi 1990-luvulta lähtien, kun aktivistipiireissä tapahtui siirtymä tiukasti lääketieteellisiin interventioihin liitetystä transsukupuolisuudesta laajempaan käsitykseen transihmisyydestä (Stryker & Currah 2014, 6). Tällaiset moninaisemmat transkokemukset ja varsinkin niihin kuuluvat muunsukupuoliset identiteetit on nähty perinteisten lääketieteen sukupuolikäsitysten haastajana sekä sukupuolen korjausprosessin sisäänrakennettujen rajojen ylittäjinä (Johnson 2012, 3–4; Tainio 2013).

1990-luvulta lähtien lääketieteessä on tapahtunut liikehdintää, kun ymmärrys sukupuolen moninaisuudesta on pikkuhiljaa laajentunut. Walter Bockting (2009) on kirjoittanut jopa paradigman muutoksesta siirtymässä pois transsukupuolisuuden sairausperustaisesta mallista. Siinä missä aiemmin yleisesti ajateltiin, että transihmiset kärsivät häiriintyneestä sukupuoli-identiteetin kehityksestä, uudemmassa ajattelumallissa sukupuolen moninaisuus nähdään osana ihmisten moninaisuutta ja transihmisten mahdollinen kärsimys yhdistetään moninaisuuden stigmatisoituun asemaan yhteiskunnassa. Sairaana pidetyn ihmisryhmän hoitamisen sijaan lääketieteessä onkin siirrytty hoitamaan sukupuolidysforiaa eli sukupuoliristiriidan joissain transihmisissä aiheuttamia pahan olon tunteita ja kärsimystä. (Bockting 2009, 103; Johnson 2012, 3; Repka & Repka 2013, 105–106; Tainio 2013, 20; Motmans ym. 2019, 120.) Myös ajatus sukupuolen kaksijaon ulkopuolisista sukupuolista on alkanut saada tilaa lääketieteellisissä diskursseissa. Tätä

kehitystä ovat tukeneet uudet hoitosuosituksukset ja juridiset linjaukset, jotka ottavat huomioon muunsukupuolisten hoitotarpeet. (Alasuutari 2017, 3; Motmans ym. 2019, 119–121.)

Lääketiede on pitkään määritellyt myös, miten intersukupuolisuus ymmärretään ja miten intersukupuolisuuteen kuuluu suhtautua (Hegarty ym. 2021, 101). Niin intersukupuoliset ihmiset kuin feministiset ryhmät laajemmin ovat kuitenkin vastustaneet ajatusta oikeasta tavasta olla nainen tai mies sekä näitä kategorioita haastavien kehojen sovittamista niihin (Dreger 1998, 29). Viime vuosikymmeninä intersukupuolisuuteen suhtautumisen kritiikki on alkanut saada enemmän tilaa julkisessa keskustelussa. Intersukupuolisten hoitokäytäntöjä ja niiden perusteluja on kyseenalaistettu, sillä vaikka jotkut lääketieteelliset toimenpiteet ovat elintärkeitä, valtaosa intersukupuolisista tiloista eivät ole elämää uhkaavia. Keskusteluun onkin noussut terveydellisistä syistä välttämättömien hoitojen ja vain normatiivisuuteen pyrkimisestä johtuvien hoitojen erottelu toisistaan. Keskustelu jatkuu edelleen ja hoitokäytännöt vaihtelevat. (Dreger 1998, 30; Hegarty ym. 2021, 101–103.)

### **3.2.2. Lääketieteen valta-asema ja muutossuunnat**

Valta on kiistanalainen käsite, jolla voidaan tarkoittaa monia asioita aina jaettavasta resurssista toimintaa mahdollistavaan tekijään tai alistavaan voimaan. Filosofin Michel Foucault'n valta-analyysiä hyödyntäen voidaan puhua myös valtasuhteista ja niiden tuottamista valtajärjestyksistä. Tällaisessa tarkastelussa huomio kiinnittyykin rakenteelliseen valtaan. (Kantola 2010, 79–80.) Kuten edellinen historiakatsaus osoittaa, lääketieteellä on historiallisesti ollut valta-asema sukupuoleen liittyviin kysymyksiin vastaamisessa, ja se on ylläpitänyt käsityksiä sukupuolieroista ja sukupuolijaottelun luonnollisuudesta monin tavoin. Tämä on jatkunut osin nykypäivään asti. (Aarnipuu 2008, 107; Fine 2010, XIX–XXII.) Tarkastelen seuraavaksi vallan ja tiedon rakentumisen suhdetta sukupuolen moninaisuuden näkökulmasta.

Kun tarkastellaan historiallisesti lääketieteen vaikutusta sukupuolen moninaisuuteen, herää monia kysymyksiä liittyen normatiivisuuteen ja valta-asetelmiin, jotka säätelevät elämän ehtoja. Foucault'n (1978) ajatukset tuottavasta vallasta ja ihmiselämän hallinnasta tarjoavat tähän analyyttisen työkalun. Hänen mukaansa modernit ihmistieteet ja asiantuntija-ammattit hallinnoivat ihmisten kehoja ja ihmispopulaatioita tuottamalla niihin liittyvää tietoa, normeja ja instituutioita. Tätä valta-asetelmaa voi kuvata

termillä biopolitiikka, joka viittaa tiedon tuottamiseen ja politiikkaan, joka ohjaa ihmisten olemista ja käyttäytymistä. (Foucault 1978, 135–145; Kähkönen & Sudenkaarne 2018, I; Haataja 2019, 14.) Foucault kirjoittaa kontrollista, joka ilmenee paitsi asiantuntijapuheen tuottamassa tiedossa myös siinä, miten ihmiset sisäistävät normeja ja pyrkivät sovittamaan itsensä niihin, kontrolloiden myös itse itseään. Nämä Foucault'n ajatukset koskevat erityisesti ihmisen seksuaalisuutta, mutta niitä on sovellettu myös muihin elämän osa-alueisiin. (Kantola 2010, 84–85; Kähkönen & Sudenkaarne 2018, I–II.)

Queer-teoreettisessa tarkastelussa Foucault'n ajatuksia on hyödynnetty sateenkaariväestöön kuuluvien ihmisten hallinnoinnin tarkasteluun (Kähkönen & Sudenkaarne 2018, I–II). Sukupuolen moninaisuus on nähty lääketieteen historiassa ongelmana, jonka ratkaisut ovat vaihdelleet ihmisten kokemusten kieltämisestä aina lasten anatomian muokkaamiseen (Aarnipuu 2008, 121–126; Huuska 2010, 156). Butler (2004, 55) luonnehtii tätä sosiaalista kontrollia niin, että intersukupuolisten kehojen muokkaus ja sukupuoliristiriitaa kokevien patologisointi eli määrittely sairaiksi ovat sosiaalisia rangaistuksia sukupuolinormien rikkomisesta siinä missä heidän arkipäiväinen syrjintänsäkin on.

Intersukupuolisille on määritetty sukupuoli ja heitä on muokattu sen odotusten mukaisiksi, koska kehoja, jotka eivät sovi sukupuolijaotteluun, on pidetty käsittämättöminä ja lähtökohtaisesti viallisina (Wilchins 2004, 74–75). Myös transsukupuolisuutta on historiassa lähestytty lääketieteellisenä ongelmana ja biopoliittisena projektina, jolla on hallinnoitu kehoja ja oikeuksia (Stryker 2013, 153–154; Tainio 2013, 18, 20; Stryker & Currah 2014, 4; Repo 2019, 87–91). Lääketieteen pyrkimyksenä on ollut tuottaa transihmiselle normatiivinen naisellinen tai miehinen ulkomuoto, joka sopii mahdollisimman hyvin kaksijakoiseen sukupuolikäsitykseen (Tainio 2013, 21–23; Kärnä ym. 2018, 2633). Sukupuolen korjausprosessi on näin asettanut erilaiset transkokemukset ja -identiteetit normeihin sopiviin kategorioihin, ja sen voi nähdä länsimaisen yhteiskunnan tapana ratkaista ongelma, jonka sukupuolen moninaisuus sukupuolikäsityksille on luonut (Aarnipuu 2008, 134; Tainio 2013, 21). Transsukupuolisuus on perinteisesti juridislääketieteellisissä diskursseissa nähty paitsi kaksijakoisena myös hyvin pysyvänä, mikä on poissulkenut mahdollisuuden liikkuvammasta sukupuoli-identiteetistä (Tainio 2013, 22).

Myös käsitykset terveydestä ovat kytköksissä normeihin. Siinä missä kaksijakoiseen sukupuolikäsitykseen sopivien transnaisten ja -miesten sukupuolta vahvistavia hoitoja on pidetty lääketieteessä oikeutettuina, muiden transihmisten kehojen

muokkaus on pitkään nähty tuomittavana (Sullivan 2008, 109–110). Biopolitiikan logiikka tukee transihmisten terveyttä ja hyvinvointia niin kauan, kun ne ovat yhteneviä sukupuolinormien kanssa. Sosiaalisesti hyväksytyjä lääketieteellisiä interventioita ovatkin lähinnä ne, jotka tuottavat normatiivisuutta outouden sijaan. Lääketiede pyrkii edistämään terveyttä ja hyvinvointia sekä vähentämään kärsimystä, mutta samalla se kuitenkin minimoi tai hylkää joitain tapoja olla ja elää. (Stryker 2013, 151–155.)

Kaksijakoisen sukupuolijärjestelmän kritiikki vie myös kohti transihmisyyden patologisoinnin kritiikkiä. Mikäli sukupuoli nähdään lähtökohtaisesti moninaisena ilmiönä, se tekee kyseenalaiseksi osan moninaisuuden muodoista näkemisen sairauksina. (Aarnipuu 2008, 222.) Transihmisyyden patologisointiin on liittynyt oletuksia yksilön viallisuudesta ja hänen sukupuoli-identiteettinsä kehityksen epäonnistumisesta. Psykiatriseen diagnoosiin liittyy myös helposti oletus siitä, että apua hakeva henkilö ei ymmärrä ongelmiaan eikä siten voi tietää itse, minkälaista hoitoa hän tarvitsee. (Butler 2004, 5, 76–77; Repka & Repka 2013, 115.) Kyse on valtaerosta, jonka vuoksi transihmisten on vaikeampi vaatia oikeutta omasta kehostaan päättämiseen (Aarnipuu 2008, 107; Repka & Repka 2013, 107).

Sukupuolen variaatioiden asettamisen lääketieteen vallan alaiseksi eli niiden medikalisoinnin voi nähdä vahvistaneen transihmisiin liitettävää stigmaa ja ennakkoluuloja sekä rajoittaneen heidän ihmis- ja kansalaisoikeuksiaan. Kuitenkin monille se on myös mahdollistanut tarpeellisten hoitojen saannin, ja jotkut kokevat diagnoosien olemassaolon sukupuolikokemustaan validoivana. (Butler 2004, 5, 75–76; Huuska 2010, 156; McCann & Sharek 2016, 284.) Monet pitävätkin näistä syistä lääketieteen valta-asemaa keskustelussa transihmisyydestä hyvin ristiriitaisena (Butler 2004, 77; Tainio 2013, 21). Sukupuolta vahvistavien hoitojen täysi irrottaminen diagnoosiprosessista ei myöskään ole helppo tavoite, sillä hoitojen tarjoaminen perustuu vahvasti mielenterveyden häiriön ja kärsimyksen hoitamiseen. Tästä yhteydestä on ollut kiinni niin terveydenhuollon tuki hoitojen tarjoamiseen kuin hoitojen rahoittamisen julkistaloudellinen puoli. (Butler 2004, 92.) Selvää kuitenkin on, että sukupuolta vahvistavien hoitojen oikeutus ei ole perustunut transihmisten itsemääräämisoikeuden kunnioittamiseen (Sullivan 2008, 110). Lääketieteen valtaa sukupuolta vahvistavien hoitojen hoitotarpeen määrittämisessä eli niin sanottua portinvartijuutta onkin laajalti kyseenalaistettu transaktivismiin ja -tutkimuksen piirissä. (Aarnipuu 2008, 107, 134; Huuska 2010, 156; Repka & Repka 2013, 114.)

## **4. SUKUPUOLEN MONINAISUUS TERVEYDENHUOLLOSSA**

Edellisessä luvussa kävin läpi, miten käsitykset sukupuolesta, terveydestä ja normaaliudesta ovat kietoutuneita yhteen: erityisesti lääketiede on historiallisesti rakentanut ja ylläpitänyt sukupuolijärjestelmää, jonka cissukupuolisuuden ja kaksijakoisen sukupuolen normeihin sukupuolivähemmistöt eivät sovi. Esittelin myös tutkielmani teoreettisena viitekehyksenä toimivien queer-teorian ja transtutkimuksen keskeisiä näkökulmia. Tässä luvussa käsittelen sitä, miten lääketieteen ja feministisen teorian osittain vastakkaiset ja vähintäänkin ristiriitaiset näkökulmat sukupuoleen kohtaavat sukupuolivähemmistöjen terveydenhuollossa käytännössä. Koska lääketieteen näkökulma sukupuolen moninaisuuteen on pitkälti hallinnut terveydenhuoltoa ja myös julkista keskustelua, tarvitaankin tutkimusta sukupuolivähemmistöjen omista kokemuksista.

Katherine Harrison ja Ulrica Engdahl (2013, 13–15) jakavat pohjoismaisen terveydenhuoltoon liittyvän transtutkimuksen kolmeen ryhmään: lääketieteelliseen tutkimukseen, transihmisten terveydenhuoltoon suuntautuvaan kriittiseen tutkimukseen sekä kulttuuritutkimukseen. Tutkimukseni asettuu toiseen näistä ryhmistä, sillä tarkastelen sukupuolivähemmistöjen terveydenhuoltoa kriittisesti keskittyen erityisesti sen muutostarpeisiin. Aloitan terveydenhuollon tarkastelun käymällä läpi, miten terveydenhuolto toteutetaan Suomessa, miten sukupuolivähemmistöjen erityisterveydenhuolto rakentuu ja miten sen järjestelmä on mahdollisesti muuttumassa. Tämän jälkeen käyn läpi aiempaa tutkimusta sukupuolivähemmistöjen terveydenhuoltokokemuksista. Näin myös paikoitan oman tutkimukseni tälle tutkimuskentälle.

### **4.1. Sukpuolivähemmistöjen terveydenhuolto Suomessa**

#### **4.1.1. Suomen terveydenhuolto**

Suomi luetaan yleensä pohjoismaisiin hyvinvointivaltioihin, joita ovat historiallisesti määritelleet universalismin ja tasa-arvon periaatteet (Mattila 2011, 11; Julkunen 2017, 21). Terveydenhuollon institutionaalinen rakenne vaihtelee valtioittain, mutta

hyvinvointivaltioissa kansalaisten terveysturvasta vastaa pääasiallisesti julkinen valta. Suomen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä jakautuu julkisen ja yksityisen sektorin palveluihin. Terveys- ja hoito koostuu julkisesta perusterveydenhuollosta ja erikoissairaanhoidosta, työterveyshuollosta sekä yksityisestä terveydenhuollosta. (Mattila 2011, 11; STM 2013, 11–12; Saari & Tynkkynen 2020, 188–189.)

Julkisen terveydenhuollon järjestämisestä vastaavat kunnat sekä niiden muodostamat sairaanhoitopiirit, ja sitä rahoittavat valtio ja kunnat. Julkinen sektori osallistuu tämän lisäksi myös yksityisen terveydenhuollon kustannuksiin. (Pimenoff 2006, 23; Mattila 2011, 11–14; STM 2013, 11–12.) Samoin kuin julkisella sektorilla ylipäätään myös terveydenhuollossa on jo vuosikymmeniä ollut kustannuspaineita, minkä lisäksi huolta on herättänyt kasvava eriarvoisuus palvelujen käytössä (Kröger 2017, 164; Saari & Tynkkynen 2020, 196). Esimerkiksi alueelliset erot palvelujen tarjonnassa ovat suuria ja ovat johtaneet paikoin pitkiin odotusaikoihin hoitoon pääsyssä. Terveys- ja hoito uudistusten tavoitteina onkin ollut hoitojärjestelmän keskittäminen, palvelujen integrointi sekä hoitoon pääsyn parantaminen. (Keskimäki ym. 2019, 153.) Poliitiikkaan viime vuosikymmeninä omaksuttu uusliberalistinen talousajattelu on kääntänyt myös julkisen sektorin toimintaa yksityisen yritystoiminnan kaltaiseksi tehokkuusajatteluneen osana hyvinvointivaltion sopeuttavaa reformia (Julkunen 2017, 107, 365–366; Pohjola 2017, 172).

Terveys- ja hoito yhdenvertaisuus on oleellinen kysymys sukupuolivähemmistöjen kannalta. Kansainvälisissä tutkimuksissa etenkin transihmisten ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden välisessä kanssakäymisessä on nähty monenlaisia ongelmia. Yksi niistä on valtaero trans- ja cisihmisten välillä ja tämän heijastuminen terveydenhuoltoon (Repka & Repka 2013, 107). Sukupuolivähemmistöjen stigmatisointi syntyy lähtökohtaisesti vallitsevaan sukupuolijärjestelmään liittyvistä odotuksista ja käsityksistä, joiden mukaan cisnainen ja -mies nähdään ainoina todellisina sukupuolina. Tämän on arvioitu näkyvän niin terveydenhuollon järjestelmissä kuin myös potilastapaamisissa. (Repka & Repka 2013, 105; Nordmarken & Kelly 2014, 161.) Transihmiset kohtaavat terveydenhuoltoon hakeutuessaan monia esteitä, joita ovat muun muassa syrjivät rakenteet, palveluntarjoajien tietämättömyys ja koulutuksen puute sekä yleinen torjuva suhtautuminen transihmisiin (Roller, Sedlak & Draucker, 2015, 419; Lindroth 2016, 2511; Ross, Law & Bell 2016, 241, 244). Ottaen huomioon tämän sekä kasvavan eriarvoisuuden suomalaisessa terveydenhuollossa, onkin kyseenalaista, toteutuvatko yhdenvertaisuuteen liittyvät periaatteet sukupuolivähemmistöjen kohdalla.

Tarkastelen suomalaisen palvelujärjestelmän toimintaa tutkimuksessani sukupuolivähemmistöjen omien kokemusten kautta.

#### **4.1.2. Sukupuolen korjausprosessi ja intersukupuolisten hoitokäytännöt**

Sukupuolivähemmistöt asioivat arjessaan samoissa terveydenhuollon palveluissa kuin sukupuolienemmistö, joten terveydenhuollon järjestelmät ja niiden muutokset koskevat myös heitä. Lisäksi osaa heistä koskevat erilliset lait, hoitojärjestelmät ja hoitomuodot. Intersukupuolisille lapsille tehdään Suomessa lääketieteellisiä toimenpiteitä, joiden periaatteet ja käytännöt ovat herättäneet erityisesti 2010-luvulla paljon keskustelua (kts. esim. Tasa-arvovaltuutettu 2012; Alasuutari ym. 2017; Oikeusministeriö 2019). Toimenpiteet on keskitetty Helsingin ja Oulun yliopistollisiin sairaaloihin, ja yleisenä käytäntönä on ollut vastasyntyneiden terveyden kannalta välttämättömien toimenpiteiden teko niin nopeasti kuin mahdollista. Yleistä on ollut kuitenkin myös sukuelinten muokkaaminen määritetyn juridisen sukupuolen sukupuolipiirteitä vastaaviksi kirurgisesti jo lapsen ensimmäisten elinkuukausien aikana. Päätökset toimenpiteistä tekevät yleensä lapsen huoltajat, mutta niitä ohjaavat asiantuntijanäkemykset ja siten myös käytännöt vaihtelevat. (Tasa-arvovaltuutettu 2012, 27–28; Oikeusministeriö 2019, 12–13.)

Siinä missä intersukupuolisten lasten hoidot perustuvat asiantuntijanäkemyksiin ja hoitokäytäntöihin, on transihmisten erityishoidosta taas jo pitkään säädetty myös Suomen laissa. 1990-luvulla kasvanut suomalainen ja eurooppalainen keskustelu seksuaali- ja sukupuolivähemmistöjen oikeuksista johti merkittäviin lakimuutoksiin vuosituhaten alussa. Syrjintälainsäädännön kehittymisen lisäksi juridisen sukupuolen vahvistamisen mahdollisuus kirjattiin virallisesti laiksi (Laki transseksuaalin sukupuolen vahvistamisesta 563/2002), johon viitataan yleisesti translakina. Vuoden 2003 alusta voimaan tullut laki määrittää ehdot, joiden täytyttyä transnaisen tai -miehen juridinen sukupuoli voidaan vahvistaa väestötietojärjestelmään. (Kähkönen & Wickman 2013, VI; Repo 2019, 85–86.) Ennen tätä sukupuolen juridinen vahvistaminen tapahtui hallinto-oikeuden päätöksellä (Pimenoff 2006, 24).

Transihmisten sukupuolta vahvistavien hoitojen saanti oli ennen 1990-lukua vaihtelevaa, koska yhteisiä standardeja hoidoille ei ollut (Pimenoff 2006, 24; Parhi 2018, 61–62). 1990-luvulla tarve säännellyn hoitojärjestelmän luonnille kuitenkin kasvoi, kun sukupuolta vahvistaviin hoitoihin hakeutuvien ihmisten määrä lisääntyi eikä heidän



kohtaamiseensa ollut terveydenhuollossa valmiuksia. Suomi liittyi myös Euroopan neuvostoon, joka suositti jäsenmaitansa säätämään virallisesti transsukupuolisten hoidosta. Valtakunnalliset hoitoperiaatteet suunniteltiin jo 1990-luvulla, ja translain yhteydessä annetun transasetuksen (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus... 1053/2002) sisältö perustuu pitkälti niihin. (Pimenoff 2006, 24–26.) Translaki ja -asetus eivät siis tuoneet mullistavia muutoksia itse hoitoihin, mutta niiden myötä hoitojärjestelmä institutionalisoitiin.

Koska transihmisten hoidontarpeen arvioinnin ja itse hoitojen nähtiin edellyttävän erityisosaamista, sukupuolen korjausprosessin lääketieteelliset tutkimus- ja hoito-osuudet keskitettiin kahteen yliopistolliseen sairaalaan Helsinkiin ja Tampereelle omille sukupuoli-identiteetin tutkimuspoliklinikoilleen. (Tasa-arvovaltuutettu 2012, 25; Tainio 2013, 19; Mattila & Tinkanen 2015, 363; Irni 2017, 114; Sukupuolen moninaisuuden osaamiskeskus 2021.) Näillä yleisesti transpoleiksi kutsutuilla poliklinikoilla sukupuolen korjausprosessista vastaavat moniammatilliset, psykiatrijohtoiset työryhmät. Täysikäiset potilaat tutkitaan aikuispsykiatrisessa ja alle 18-vuotiaat nuorisopsykiatrisessa työryhmässä. (Tainio 2013, 19; Mattila & Tinkanen 2015, 363; Irni 2017, 125.)

Translain mukaan potilas tulee lähettää transpolille tutkimuksiin, jos hän hakeutuu lääkäriin sukupuoli-identiteettinsä vuoksi (Mattila & Tinkanen 2015, 363). Suomessa diagnoosin määrittelyssä noudatetaan Maailman terveysjärjestön kansainvälisiä diagnoosikriteereitä, minkä lisäksi hoitokäytännöt perustuvat The World Professional Association For Transgender Health -järjestön hoitosuosituksiin (Tainio 2013, 20; Irni 2017, 115). Tämän tutkielman valmistumishetkellä Suomessa on käytössä kaksi kansainvälisen tautiluokituksen ICD-10 mukaista diagnoosia: transsukupuolisuuden diagnoosi, joka on kaksijakoiseen sukupuolikäsitykseen pohjautuva, sekä muu sukupuoli-identiteetin häiriö -diagnoosi, jota on myös kutsuttu muunsukupuolisuus-diagnoosiksi. Tämä diagnoosi on niitä varten, jotka eivät sovi dikotomiseen sukupuolijakoon mutta tarvitsevat lääketieteellisiä toimenpiteitä. (Tainio 2013, 19; Sukupuolen moninaisuuden osaamiskeskus 2021.) Arviolta 75 prosenttia tutkituista saavat jommankumman näistä diagnooseista (Mattila & Tinkanen 2015, 363).

Diagnoosin saannin jälkeen sukupuolen korjausprosessi etenee yksilöllisen hoitosuunnitelman mukaan, ja se voi sisältää muun muassa maskulinisoivia tai feminisoivia hormonihoitoja ja kirurgisia toimenpiteitä (Mattila & Tinkanen 2015, 363; Tinkanen & Das 2015, 372; Irni 2017, 115). Alaikäisillä potilailla hormonihoitojen aloittaminen tapahtuu yleensä varovaisemmin ja hitaammin kuin aikuisikäisillä, ja nuorten hoito tapahtuu yhteistyössä nuorisopsykiatrien kanssa. Lapsille voidaan harkinnan mukaan tehdä

transpoleilla murrosiän jarrutushoitoja ennen muuntohormonihoitojen aloittamista. (Tinkanen & Das 2015, 372; Palko 2020a; Väyrynen 2020.)

Diagnoosin saatuaan transhenkilö aloittaa myös tosielämän jakson, jossa hän elää sukupuoliroolissaan vähintään vuoden ajan (Tainio 2013, 19). Onnistuneen tosielämän jakson jälkeen voidaan aloittaa potilaan mahdollinen sukupuolen juridinen vahvistaminen ja kirurgiset toimenpiteet (Irni 2017, 115; HUS 2020; Sukupuolen moninaisuuden osaamiskeskus 2021). Juridinen sukupuolen vahvistaminen vaatii kahden psykiatrin lausunnon siitä, että henkilö kokee pysyvästi olevansa eri sukupuolta kuin hänelle syntymässä määritetty juridinen sukupuolensa, että henkilö elää sukupuolensa mukaisessa sukupuoliroolissa, ja että hän on lisääntymiskyvytön (Translaki 563/2002, 1 §; Mattila & Tinkanen 2015, 363). Käytännössä hormonihoitojen aloituksen nähdään nykyään riittävän lisääntymiskyvyttömyysvaatimuksen täyttymiseksi (Pimenoff 2006, 28; Repo 2019, 103; Sukupuolen moninaisuuden osaamiskeskus 2021).

Sukupuolen korjausprosessiin liittyvät mahdolliset kirurgiset toimenpiteet ovat hyvin yksilöllisiä, ja valtaosa niistä on saatavilla julkisen terveydenhuollon kautta. Kun suunnitellut toimenpiteet on tehty, harvajaksoinen seuranta transpolilla päätetään vähitellen ja jatkoseuranta ohjataan avoterveydenhuoltoon. (Mattila & Tinkanen 2015, 363.) Jatkoseurannasta vastaavat terveyskeskuslääkärit, työterveyslääkärit, keskus- ja aluesairaaloiden poliklinikat sekä yksityislääkärit. Transpolit pyrkivät helpottamaan hormonihoitojen seurannan siirtymää avoterveydenhuoltoon antamalla potilaille hoitoa ja seurantaa koskevaa tietoa ja suosituksia sisältävän saatteen lääkärin vastaanotolle vietäväksi. (Tinkanen & Das 2015, 372, 377.)

Sukupuolta vahvistavat hoidot määrittyvät yksilöllisten tarpeiden ja tilanteiden mukaan, eikä siten yhtenäistä hoidon aikataulua ole olemassa (Karhunen-Enckell, Kolehmainen, Kääriäinen & Suominen 2015, 386; Das 2019, 377). Terveystieteiden lain (1326/2010, 52 §) mukaan erikoissairaanhoidossa hoidon tarpeen arvioinnin on alettava kolmessa viikossa lähetteen saapumisesta, ja tarvittavat tutkimukset ja arvioinnit on tehtävä kolmessa kuukaudessa. Transpoleilla itse diagnoosin teon on arvioitu kestävän kuitenkin noin vuoden, minkä jälkeen alkavat vasta mahdolliset muut vaiheet. (Tasa-arvovaltuutettu 2012, 5; Mattila, Heinonen, Mäntymäki, Uusi-Mäkelä & Ålgars 2015, 379; Sukupuolen moninaisuuden osaamiskeskus 2021.) Diagnoosin hitauden on arvioitu liittyvän sairaaloiden resursseihin, potilasturvallisuuteen sekä historiallisiin ja kulttuurisiin tekijöihin (Tasa-arvovaltuutettu 2012, 5; Mattila ym. 2015, 379; Seta 2019; Sukupuolen moninaisuuden osaamiskeskus 2021).

Sukupuolen korjausprosessin säätely laissa on kansainvälisesti poikkeuksellinen menettely, jolla on pyritty turvaamaan potilaiden asemaa (Tasa-arvovaltuutettu 2012, 25). Toinen suomalaisen sukupuolen korjausprosessin kansainvälisesti erikoinen ominaispiirre on, että se järjestetään julkisessa terveydenhuollossa, minkä vuoksi hoitokulut ovat paljon alhaisemmat kuin esimerkiksi Yhdysvalloissa. Tutkimukset transpolilla ovat potilaille maksuttomia, pitkät matkat Kela-korvattavia ja hormonihoitoihin saa yleensä peruskorvauksen ja myöhemmin erityiskorvausta Kelalta. Muissa hoidoissa potilas maksaa omavastuuta tai potilasmaksuja, joissa on kuntakohtaista vaihtelua. Julkisen terveydenhuollon järjestelmän onkin tarkoitus mahdollistaa kaikkein vähävaraisempienkin konsultaatiot, hormonihoitot ja leikkaukset. (Irni 2017, 114; Sukupuolen moninaisuuden osaamiskeskus 2021.)

Sukupuolen korjausprosessi ei kuitenkaan käytännössä järjesty täysin julkisessa terveydenhuollossa, vaan myös yksityisiä palveluja käytetään runsaasti. Esimerkiksi merkittävä osa transnaisten rintakirurgiasta tehdään yksityisellä sektorilla (Karhunen-Enckell ym. 2015, 386). Toinen rajapinta hoidoissa liittyy hoitojen korvattavuuteen. Suomessa sukupuolta vahvistavien hoitojen saanti on transpolien ammattihenkilöiden harkinnan alaista, mutta hoitokulujen korvattavuudesta päättää yleisesti Kela sairauksien hoidon ja esteettisten lääketieteellisten toimenpiteiden väliseen erotteluun perustuen. Tämä voi aiheuttaa väärinkäsityksiä ja hämmennystä, koska osa transihmisten tarvitsemista hoidoista ovat sellaisia, jotka eivät yleisesti ole korvattavuuden piirissä. (Tasa-arvovaltuutettu 2012, 28.)

Tarkastelen tässä tutkielmassa sukupuolivähemmistöjen kokemuksia yleisestä terveydenhuollosta ja sukupuolen korjausprosessista erillisinä tutkimuskysymyksinä. Teen näin siksi, että monilla informanteista ei ole kokemusta sukupuolen korjausprosessista sekä siksi, että transpoleilla hoidosta vastaa siihen erikoistunut hoitohenkilöstö, mihin liittyy oletuksia sen korkeammasta ammattitaidon tasosta. On kuitenkin huomattava, että vaikka sukupuolen korjausprosessin lääketieteellinen puoli on Suomessa keskitetty transpoleille, prosessilla on muun terveydenhuollon kanssa useita yhtymäkohtia, mikä tekee selkeän rajanvedon tekemisestä haastavaa. Niin lähetteen saanti, hormonihoitojen jatkoseuranta kuin leikkauksetkin tapahtuvat yleensä poliklinikan ulkopuolella, mutta esimerkiksi hormonihoitojen seuranta voi pysyä erikoissairaanhoidossa terveydellisistä syistä (Das 2019, 376).

#### 4.1.3. Sukupuolivähemmistöjen terveydenhuollon kehityssuunnat

Kun translaki hyväksyttiin 2000-luvun alussa, toi se sukupuolen moninaisuuden näkyviin yhteiskunnallisesti ja selkeytti sukupuolen juridista vahvistamista. Lakia pidettiin myös Euroopan mittakaavassa edistyksellisenä muun muassa siksi, että toisin kuin monissa muissa maissa, sukupuolen juridinen vahvistaminen ei vaadi sukuelinkirurgian läpikäyntiä. 2010-luvulla alettiin kuitenkin puhua laajemmin lakiin liittyvistä ongelmista. (Repo 2019, 85–86; Järviö 2020, 10, 101.) Eniten huomiota on saanut translain kohta, jonka mukaan yhtenä sukupuolen vahvistamisen ehtona on lisääntymiskyvyttömyys. Vaikka käytännössä tämä ei tarkoita sterilsaatiota, on vaatimuksen nähty loukkaavan transihmisten oikeuksia. (Tainio 2013, 28; Tasa-arvovaltuutettu 2018, 84–86; Repo 2019, 102–103.) Luca Tainio (2013, 28) on analysoinut, että vaatimuksen taustalla on nähtävissä pyrkimys säilyttää normatiiviset sukupuolikategoriat, joihin ajatus siittävästä naisesta tai synnyttävästä miehestä ei sovi. Jemima Repo (2019) on yhdistänyt vaatimuksen osaksi Suomen valtion biopolitiikkaa, jossa transihmiset on asetettu oikeuksia tarjoamalla tiukan hallinnon alaisiksi. Tätä lain kohtaa ovat vaatineet muutettavaksi lukuisat kansalaisjärjestöt, tasa-arvovaltuutettu, kansainväliset ihmisoikeustoimijat ja useat muut tahot (Tasa-arvovaltuutettu 2018, 85–86; Repo 2019, 85).

Esitetyt muutosehdotukset ovat koskeneet myös muuta translain sisältöä (Alasuutari ym. 2017, 3; Repo 2019, 86). Lakia suunniteltaessa transihmisten juridisen sukupuolen määrittelyn ehdot olivat suuri kysymys, joka ratkaistiin antamalla päätösvalta psykiatrisille auktoriteeteille (Repo 2019, 96). Lääketieteen vallan rajoittamista on sittemmin esitetty vain lääketieteellisiä toimenpiteitä koskevaksi niin, että se ei osallistuisi juridiseen ihmisten sukupuolten määrittelyyn (Tainio 2013, 26). Itsemääräämisoikeuteen perustuvassa lainsäädännössä sukupuolen juridinen vahvistaminen voisi tapahtua ilmoituksella, eikä se vaatisi sukupuolen korjausprosessia. Tässä Suomi seuraisi muun muassa Tanskan ja Norjan lainsäädäntöä ja laajempaa eurooppalaista kehitystä. (Tainio 2013, 26; Alasuutari ym. 2017, 3.) Keskustelua on myös herätelty juridisten sukupuolimerkintöjen tarpeellisuudesta ja kaksijakoisuudesta ylipäätään liittyen niin muunsukupuolisiin kuin intersukupuolisiinkin (Alasuutari ym. 2017, 3–4).

Esille on nostettu myös ongelmia itse hoitojärjestelmässä, ja ne liittyvät transihmisten psykiatrisiin diagnooseihin sekä lääketieteellisiin interventioihin. Käsitukset transihmisyydestä ovat muuttuneet paljon viime vuosikymmenien aikana, minkä vuoksi

useat kansalais- ja ihmisoikeusjärjestöt ovat arvostelleet sukupuoli-identiteetin lääketieteellistä diagnostiikkaa vanhentuneeksi (Kärnä ym. 2018, 2634). Kansainvälisesti sukupuolen korjausprosessia koskevat diagnoosit ja niiden kriteerit muuttuivat merkittävästi 2010-luvun aikana. Yhdysvaltain psykiatriyhdistyksen tekemiä muutoksia mukaillen Maailman terveysjärjestö poisti transsukupuolisuuden mielenterveysongelmien luettelostaan uudessa ICD-11-luokituksessa vuonna 2018. Sen sijaan siinä siirryttiin puhumaan sukupuoliristiriidasta (*gender incongruence*), joka lisättiin seksuaaliterveyteen liittyvien luokitusten alle. (Kärnä ym. 2018, 2634; Pihlava 2018; Motmans ym. 2019, 120; Järviö 2020, 110; Sukupuolen moninaisuuden osaamiskeskus 2021.) Suomessa käytössä olevan ICD-10-luokituksen diagnoosit ovat siis vanhentuneet. ICD-11-luokitukseen siirtymisen on arvioitu tapahtuvan vuonna 2022, mutta sen käyttöönotto voi venyä sote-uudistuksen valmistumiseen asti. (Pihlava 2018; Sukupuolen moninaisuuden osaamiskeskus 2021.) Transvestisuus poistettiin sairausluokituksesta Suomessa vuonna 2011, ja uudessa ICD-luokituksessa sitä ei myöskään enää ole (Moser 2018; Seta 2021).

Diagnostiikkamuutoksiin on liittynyt sukupuolta vahvistavien hoitojen avaaminen kaikille sukupuolidysforiaa kokeville sukupuolesta tai sen ilmaisusta riippumatta. Tämän myötä varsinkin muunsukupuolisten tarpeet ovat tulleet aiempaa näkyvämmiksi ja tunnistetuiksi terveydenhuollossa. (Bockting 2009; Motmans ym. 2019, 120.) Suomessa muunsukupuolisuus-diagnoosikategorian olemassaolosta huolimatta muunsukupuolisuutta koskevat käytännöt hoitojen saannissa sukupuolidysforiaan ovat vaihdelleet, ja niihin on liittynyt paljon epävarmuutta (Tainio 2013; Tasa-arvoaltuutettu 2018, 87). Suomalaisella lääketieteen kentällä keskustelu transilmiöiden uudeltaisesta käsitteellisistä alkoikin kunnolla vasta 2010-luvulla (Tainio 2013, 25–28).

Vaikka ICD-luokituksen diagnoosimuutokset ovat vasta tulossa Suomeen, on muitakin muutoksia nähty ajankohtaisiksi. Sukupuoli-identiteetin tutkimuksiin hakeutuvien määrä on ollut voimakkaassa kasvussa, ja jonotusaikoja transpoleille on arvioitu pitkiksi (Tasa-arvoaltuutettu 2012, 5; Kärnä ym. 2018, 2634–2635; Tasa-arvoaltuutettu 2018, 87). Vuonna 2020 Suomen terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvosto (Palko) julkaisi uudet suositukset sukupuolidysforian lääketieteellisistä hoitomenetelmistä. Palko (2020b, 4) linjaa syyksi tälle transpoleille lähetettyjen potilaiden määrän kasvun lisäksi muutokset heidän hoitotoiveissaan. Palko suosittaa, että psykososiaalista tukea sukupuoleen liittyvään epäselvyyteen tulisi tarjota kunnallisessa terveydenhuollossa, ja että hoidon tarpeen arvioinnin sekä mahdollisen psykiatrisen tai psykososiaalisen hoidon tulee olla järjestetty ennen potilaan transpolille lähettämistä. Näiden toimien Palko katsoo parantavan

”terveydenhuollon resurssien tarkoituksenmukaista kohdentumista”. (Palko 2020a, 9; Palko 2020c, 11.) Seta ja Trasek ovat kritisoineet suosituksia kannanotossaan kansainväliset hoitosuositukset huomiotta jättäviksi ja translain kanssa ristiriitaisiksi. Ne huomauttavat myös, että hoitosuosituksissa on korostettu yleisen terveydenhuollon roolia ilman kannan ottamista siihen, miten sille taataan resurssit tällaiseen hoitoon. Pelkona on, että krooniseksi arvioidun resurssipulan jatkuessa linjaus voi viivästyttää transpoleille pääsyä entisestään. (Louha 2020; Seta 2020a.)

Kansainväliset ihmisoikeustoimijat ovat 2010-luvulta alkaen korostaneet itsemääräysoikeutta sukupuoliin ja seksuaalisuuteen. Hoitosuositukset painottavatkin nykyään tietoon perustuvaa suostumusta, ja transihmisten terveyspalvelut vaikuttavat olevan muuttumassa potilaiden omia valintoja enemmän kunnioittavaksi. (Motmans ym. 2019, 120; Seta 2019; Järviö 2020, 108.) Vaikka kansainvälisesti lähestymistapa on ollut siirtymässä psykiatrien vallasta kohti yhteistyötä potilaiden kanssa, on kuitenkin nähtävissä, että ehdot hoitoon pääsyyn eivät ole muuttuneet merkittävästi (Lane 2018). Suomalaiselle julkiselle terveydenhuollolle on ollut leimallista potilaan oikeudellisesti heikko asema, kun potilaan mahdollisuudet vaikuttaa hoitoonsa ovat olleet vähäiset (Mattila 2011, 329). Myös transihmisten hoitoon vaikuttava yksilön oikeuksien ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden vallan ja vastuun välinen jännitteinen suhde on ollut läsnä jo pitkään (Parhi 2018, 66). Palkon (2020c, 10) kanta on, että sukupuolta vahvistavien hoitojen tulee perustua sukupuoliristiriitaan liittyvän ”toimintakykyä alentavan kärsimyksen” vähentämiseen eikä potilaiden toiveisiin. Toimenpiteille tulee olla vankat lääketieteelliset perustelut, koska sukupuolen korjausprosessi rahoitetaan julkisin varoin. (Palko 2020c, 10.) Elleivät nämä määrittelyt lähitulevaisuudessa muutu, vaikuttaisi siltä, että hoitojärjestelmä ei ole liikkumassa itsemääräämisoikeuden suuntaan.

Useat kansainväliset ihmisoikeustoimijat ovat myös antaneet suosituksia intersukupuolisten lasten ihmis- ja perusoikeustilanteen parantamiseksi (Oikeusministeriö 2019, 14). Suomessa monet viranomaistahot ja sukupuolivähemmistöjen järjestöt ovat tehneet kannanottoja intersukupuolisten ihmisten itsemääräämisoikeuden puolesta sekä suositelleet, että terveyden kannalta välttämättömiä toimenpiteitä lukuun ottamatta ulkoisia sukupuolipiirteitä tulisi muokata vasta sitten, kun lapsi voi itse ottaa asiaan kantaa (Alasuutari ym. 2017, 4). Hoitolinjausten säätämiseksi on myös peräänkuulutettu lisää tutkimusta lapsuusiän hoitojen vaikutuksista (Tasa-arvovaltuutettu 2012, 28).

## **4.2. Aiempi tutkimus sukupuolivähemmistöjen terveydenhuoltokokemuksista**

Edellä kävin läpi sukupuolivähemmistöjen yleis- ja erityisterveydenhuollon piirteitä ja niihin liittyviä muutosvaatimuksia Suomessa. Seuraavaksi kartoitan, mitä sukupuolivähemmistöjen terveydenhuoltokokemuksista tiedetään tieteellisesti laajemmassa länsimaisessa kontekstissa ennen suomalaisiin tutkimuksiin siirtymistä. Käsittelemäni länsimaiset tutkimukset ovat valikoituneet niin aihepiiriin kuin kielirajojenkin mukaan, ja ne sijoittuvat pääasiassa Yhdysvaltoihin, Kanadaan ja Ruotsiin. Kerron ensin sukupuolivähemmistöjen kokemuksia käsittelevistä tutkimuksista, minkä jälkeen tarkastelen erikseen vielä haasteista ja ongelmista selviämistä sekä suomalaista tutkimuskenttää.

### **4.2.1. Sukupuolivähemmistöjen terveydenhuollon haasteet**

Terveydenhuollon järjestelmissä on kansainvälisesti merkittäviä puutteita sukupuolivähemmistöjen kohtaamisen suhteen. Näistä epäkohdista ovat raportoineet tutkimuksissa niin transpotilaat kuin terveydenhuollon ammattihenkilötkin. (Roller ym. 2015, 419; Lindroth 2016, 2511; Ross ym. 2016, 238–244.) Euroopan komission (2020) teettämässä laajassa tutkimuksessa lähes puolet (47 %) vastaajista ilmoitti kokeneensa epäkunnioittavaa kohtelua terveydenhuollossa. EU:n perusoikeusviraston (2014) mukaan EU-alueen transihmisistä yksi viidestä (21 %) on kohdannut terveydenhuollossa epäasiallista utelua ja hieman alle neljäsosa (17 %) on kokenut, että heidän erityistarpeitaan ei ole huomioitu terveydenhuollossa. Hoitoon hakeutumista syrjinnän tai suvaitsemattomien reaktioiden pelossa taas on välttänyt 14 prosenttia transihmisistä. Tutkimuksesta ilmenee myös, että avoimuus omasta sukupuolesta tai sen avoin ilmaisu vaikuttavat negatiivisesti kokemuksiin terveydenhuollossa ja johtavat huonompaan kohteluun. (FRA 2014, 42–43.)

Hoitohenkilöstöltä puuttuu usein tietoa sopivista termeistä transihmisiin viitattaessa ja ylipäättään transihmisten kohtaamisesta terveydenhuollossa. Tämä voi johtaa virheisiin diagnosoinnissa ja hoitojen toteuttamisessa. (Euroopan komissio 2020, 12.) Transihmisillä on vaikeuksia löytää terveydenhuollon tarjoajia, jotka ovat tietoisia heidän tarpeistaan (Roller ym. 2015, 419). Hoitohenkilöstö kohtaa transihmisiä usein tietämättömyydestä johtuvalla epävarmuudella. Epävarmuus kohtaamisissa horjuttaa

tavanomaista valta-asemaa terveydenhuollon ammattihenkilön ja potilaan välillä. Tämä voi johtaa siihen, että ammattihenkilö pyrkii ylläpitämään auktoriteettiaan erilaisilla negatiivisilla keinoilla. Ammattihenkilö voi esimerkiksi suhtautua torjuvasti potilaan huomautuksiin ja pyrkimykseen valistaa häntä tai syyttää potilasta huonosta kohtaamisesta. (Poteat ym. 2013, 22–27.) Ilman tätäkin hoitohenkilöstön jatkuva valistus ja opastus on uuvuttavaa työtä (Nordmarken & Kelly 2014, 161; Lindroth 2016, 3516). Tiedonpuute etäännyttääkin transihmisiä terveydenhuollosta. Etenkin muunsukupuoliset kokevat usein olevansa outoja terveydenhuollon näkökulmasta ja että heidän sukupuoleensa suhtaudutaan joko ongelmana tai merkityksettömänä mielipiteenä. Monet eivät kerrokaan vastaanotolla muunsukupuolisuudestaan kaltoinkohtelun pelossa. (Lindroth 2016, 3516–3519.)

Hoitohenkilöstö toimii usein suoraan epäkunnioittavasti transihmisiä kohtaan, ja he kohtaavat epäasiallista käytöstä terveydenhuollossa (Lindroth 2016, 2511). Terveydenhuollon ammattihenkilöt voivat käyttäytyä transpotilaiden kanssa epäasiallisesti muun muassa epämukavuutta osoittaen, heidän kokemuksiaan ja identiteettiään vähätellen tai kysellen tungettelevasti hoitoon liittymättömistä asioista (Nordmarken & Kelly 2014, 149–150). Terveydenhuollossa tungettelevat ja turhat kysymykset transihmisyydestä ovat yleisiä (Lindroth 2016, 3516). Monet transihmiset joutuvat kestämaan terveydenhuollossa huonoa kohtelua joko avoimen halveksunnan muodossa tai hienovaraisempina mikroaggressioina, joiden toistuvuus on kuormittavaa ja niihin puuttuminen vaikeaa (Nordmarken & Kelly 2014, 144–146). Yhdysvaltalaisen Sonny Nordmarkenin ja Reese Kellyn (2014) mukaan mikroaggressiot transihmisiä kohtaan terveydenhuollossa muodostuvat, kun cisnormatiiviset käsitykset sukupuolesta ja stereotypiat transihmisistä vaikuttavat kohtaamiseen. Väärinsukupuolittaminen ja potilaan sukupuolen kyseenalaistaminen tai torjuminen ovatkin tekoja, jotka ilmaisevat cisnormatiivisia ennakkoluuloja ja ovat loukkaavia riippumatta hoitohenkilöstön tarkoitusperistä. (Nordmarken & Kelly 2014, 149–150.)

Cisnormatiiviseen kulttuuriin liittyy myös käsitys siitä, että transihmiset eivät voi itse määrittää sukupuoltaan, vaan cissukupuolisilla on valta määrittää transihmisten ”oikeat” sukupuolet. Tiukilla sukupuolen korjausprosessiin liittyvillä diagnoosikriteereillä on pyritty erottelemaan transihmiset huijareina nähdyistä ihmisistä, jotka tämän käsityksen mukaan vain teeskentelevät jonkin mielenhäiriön vuoksi. (Bettcher 2014, 402; Nordmarken & Kelly 2014, 161.) Diagnoosien ja hoitojen saaminen vaatiikin transihmisiltä usein sukupuolensa ja kärsimyksensä todistelua, koejakson, terapiaa ja lausuntoja selväjärkisyytensä osoittamiseksi (Butler 2004, 90–91; Sullivan 2008, 110). Butler (2004,



90–91) kuvaa tätä Foucault'n ajatuksia lainaten asettumiseksi hallintokoneiston armolle. Koneisto nimeää, kategorisoi ja arvioi yksilöä, jonka täytyy läpäistä sen testit. Tämä asetelma, jossa transihmisillä on taakka vakuuttaa heitä epäilevät auktoriteetit sukupuolikokemuksestaan, voi ajaa jotkut transihmiset kuvaamaan kokemuksiaan ja historiaansa odotusten mukaisesti selvitäkseen prosessista. Vaihtoehtoina onkin monesti valehdella tai kertoa totuus sillä uhalla, että silti leimataan huijariksi. (Butler 2004, 90–91; Bettcher 2014, 403.)

Hoitohenkilöstön valta-asema ja erityisesti portinvartijan asema sukupuolta vahvistaviin hoitoihin on merkittävä transihmisten kokemuksiin vaikuttava rakenteellinen tekijä (Lindroth 2016, 3517). Ruotsalaisessa Malin Lindrothin (2016) terveystalvveluja käsittelevässä tutkimuksessa transihmiset raportoivat heistä tuntuva usei, että heidän täytyy sovittautua tiettyyn transihmisyyden malliin ja salata osia itsestään. Näin on etenkin sukupuolen korjausprosessissa, jossa transihmiset kokevat tarpeen mukautua kaksijakoiseen sukupuolijärjestelmään ja sen odotuksiin sukupuolesta, sen normatiivisesta ilmaisusta ja heteroseksuaalisuudesta täyttääkseen diagnoosikriteerit, mutta tämän paineen tunnetaan olevan läsnä muussakin terveydenhuollossa. (Lindroth 2016, 3517–3519.) Sukupuolistereotyyppioihin tukeutuminen transihmisten diagnosoinnissa on ongelma varsinkin muunsukupuolisille, jotka saattavat kokea tarpeelliseksi esittää olevansa binäärisiä transnaisia- tai miehiä saadakseen hoitoa (Euroopan komissio 2020, 12).

Edellä kuvattujen valtaerojen lisäksi sukupuolen korjausprosessissa korostuu valta-asetelma oletetusti mieleltään terveen ja siten objektiivisena pidetyn terveydenhuollon ammattihenkilön sekä ainakin yhden psykiatrisen diagnoosin omaavan tai sellaista hakevan henkilön välillä (Repka & Repka 2013, 107). Ruotsalaiset Adrian Repka ja Axel Repka (2013) huomauttavat, että patologisoiva puhe transihmisyydestä lisää stigmatisointia ja vähentää transihmisten mahdollisuutta tehdä itsenäisiä päätöksiä kehonsa suhteen. Psykiatrisen puhe transihmisyydestä voi myös aiheuttaa sen, että vain psykiatrisen diagnoosin saaneet transihmiset nähdään todellisina ja otetaan vakavasti, joten heistä voi tulla kaikkien transihmisten edustajia. (Repka & Repka 2013, 112.)

Sukupuolivähemmistöjen kokema syrjintä, mikroaggressiot ja stigma aiheuttavat vähemmistöstressiä, joilla on negatiivisia terveysvaikutuksia (Poteat ym. 2013, 22; Nordmarken & Kelly 2014, 161; Rood ym. 2016, 152, 162). Roodin ym. (2016) tutkimuksen mukaan myös syrjintään valmistautuminen on oma stressitekijänsä, joka voi vaivata ihmisen tiedostaessa vähemmistöasemansa ja siihen liittyvän stigman. Torjunnan odottamisen vaikutuksia ovat muun muassa pelon, ahdistuksen, väsymyksen ja

turhautumisen tunteet, ja monet pyrkivät välttämään tällaista stressiä aiheuttavia tilanteita. Terveydenhuollossa asioiminen on yksi näistä tilanteista, koska sukupuoli on siellä monesti esillä. (Rood ym. 2016, 151–152, 157–159.) Syrjintä ja kaltoinkohtelu vaikuttavatkin transihmisten terveystalvelujen käyttöön ja johtavat usein terveydenhuollon välttelyyn (Poteat ym. 2013, 23; Lindroth 2016, 3516; Ross ym. 2016, 239).

Maissa, joissa sukupuolta vahvistavat hoidot muodostavat oman järjestelmän, huonot kokemukset voivat johtaa myös hoitojärjestelmän ohittamiseen esimerkiksi hankkimalla hormonivalmisteita sen ulkopuolelta (Repka & Repka 2013, 110; Irni 2017, 122). Repkan ja Repkan (2013) mukaan transihmisiä saatetaan syyllistää tästä valinnasta ja heiltä saatetaan evätä sen vuoksi palveluita niin, etteivät he saa tarvitsemaansa hoitoa laillisesti vastaisuudessakaan. Jos potilas on tyytymätön terveydenhuollon ammattihenkilön päätöksiin tai tukeutuu järjestelmän ulkopuolisiin hoitomuotoihin, ongelman nähdään olevan yksinomaan potilaassa. Näin transihmisten kritiikki terveydenhuoltoa kohtaan helposti sivuutetaan. Ongelmana voidaan siis nähdä yksilön epäluottamus terveydenhuoltoa kohtaan ilman, että tunnustettaisiin laaja-alaisen kritiikin mahdollisesti kertovan jotain terveydenhuollosta itsestään. (Repka & Repka 2013, 110–115.)

#### **4.2.2. Terveydenhuollon navigoiminen**

Länsimaisissa tutkimuksissa nousee esille erityisesti terveydenhuollossa vaikuttavat valta-asetelmat ja sukupuolivähemmistöjen yleinen kaltoinkohtelu. Tutkimuksissa on käsitelty myös tapoja, joilla sukupuolivähemmistöt reagoivat kokemaansa huonoon kohteluun terveydenhuollossa ja joilla he selviytyvät vaikeista tilanteista ja kokemuksista. Viitataan tähän selviytymiskeinojen muodostamaan toimintakokonaisuuteen terveydenhuollon navigointina, johon voi liittyä esimerkiksi hoitoon hakeutumiseen liittyviä erityistoimia tai tapoja käsitellä hoitoprosessien aikana tapahtuvia vastoinkäymisiä. Tarkoitan navigoimisella siis sekä käytännön strategioita että henkiseen jaksamiseen liittyviä keinoja luovia terveydenhuoltoon liittyviä haasteita.

Yhdysvaltalaisen Poteatin, Germanin ja Kerriganin (2013) tutkimuksen mukaan monet transihmiset ovat erittäin tietoisia kohtaamistaan negatiivisista asenteista, ja valmistautuvat sekä vastaavat terveydenhuollon tarjoajien tietämättömyyteen eri tavoin. Jotkut pyrkivät saamaan vain tärkeimmät asiat hoidettua kohtelusta huolimatta, toiset vaativat parempaa hoitoa ja puuttuvat epäkohtiin, ja jotkut valitsevat terveydenhuollon

tarjoajansa huolella tekemällä taustatutkimusta ja kyselemällä vertaisiltaan suosituksia. Jotkut transihmiset suhtautuvat terveydenhuollossa asioimiseen liittyvään valta-asetelmaan torjuen ja jotkut mukautuen siihen. Tämä suhtautuminen on myös usein tilannekohtaista. Sama ihminen voi mukautua joillain asioinneilla terveydenhuollossa odotuksiin saadakseen tarvitsemaansa hoitoa ja toisilla ottaa esille kohtaamansa asenteet ja kohtelun. (Poteat ym. 2013, 26–27.) Ruotsalaisten Nordmarkenin ja Kellyn (2014) tutkimuksen mukaan selvitäkseen epämukavista kohtaamisista terveydenhuollossa transihmiset joko puolustavat itseään, valittavat kohtelusta ylemmille tahoille, pyrkivät kouluttamaan terveydenhuollon tarjoajaansa, etsimään uuden tai pitämään tunteensa piilossa. Kuten on jo mainittu, jotkut päätyvät välttelemään terveydenhuoltoa kokonaan huonojen kokemusten vuoksi. (Nordmarken & Kelly 2014, 150–160.)

Transihmisten kokemien haasteiden suoran tarkastelun lisäksi kansainvälisissä tutkimuksissa esiintyy myös tyytyväisyyttä terveydenhuoltoon ja myönteisiä kokemuksia (Ross ym. 2016). Kanadalaisessa tapaustutkimuksessaan Ross, Law ja Bell (2016) tarkastelevat potilastyytyväisyyttä mahdollistavia tekijöitä transihmisten keskuudessa. Heidän tutkimuksessaan olennaisin transihmisten kokemuksiin vaikuttava tekijä on terveydenhuollon hoitohenkilöstön tietoisuus sukupuolen moninaisuudesta ja transihmisille olennaisista terveydenhuollon palveluista. Myös ammattihenkilöiden kunnioittava suhtautuminen transpotilaita kohtaan koetaan tutkimuksen mukaan erittäin tärkeäksi positiivisen kohtaamisen muodostumiselle. Tällaisen yksilötason toiminnan nähdään siis paikkaavan terveydenhuoltojärjestelmien puutteita ja epäkohtia. Hoitohenkilöstön suhtautumisen ja osaamisen lisäksi sukupuolivähemmistöt kokevat tukiryhmien ja läheisten ihmisten antaman tuen sekä muiden epävirallisten verkostojen kautta jaetun tiedon tärkeäksi henkiselle selviytymiselleen. (Ross ym. 2016, 241–243.) Kokiessaan vaikeita tilanteita terveydenhuollossa, monet transihmiset purkavat kokemuksiaan esimerkiksi perheenjäsenille tai ystäville (Ross, Scholl & Bell 2014, 61).

Yhdysvaltalaiset Budge, Andelson ja Howard (2013) jakavat tutkimuksessaan transihmisten selviytymiskeinot kahteen ryhmään, vältteleviin (*avoidant*) ja rakentaviin (*facilitative*). Välttelevä selviytyminen voi tarkoittaa esimerkiksi tunteiden patoamista, ongelmien välttelyä tai itsen etäännyttämistä mahdollisista lopputuloksista. Välttely voi auttaa ylittämään haasteet, mutta sillä voi olla pitkäaikaisia vaikutuksia transihmisten itsetunnolle tai identiteetille. Rakentava selviytyminen taas tarkoittaa sosiaalisen tuen hakemista, uusien kykyjen oppimista, sopeutumista tai toisten ilon lähteiden etsintää. Mitä vähemmän sosiaalista tukea transihmisille on tarjolla, sitä todennäköisemmin he välttelevät

tunteitaan ja ongelmiaan ja heillä on enemmän mielenterveysongelmia. (Budge ym. 2013, 546, 554.)

Koska transihmiset kohtaavat monia esteitä terveydenhuoltoon hakeutuessaan, täytyy heidän usein strategisestikin navigoida terveydenhuollon järjestelmää selvitäkseen sen haasteista (Roller ym. 2015, 419). Yhdysvaltalaiset Roller, Sedlak ja Draucker (2015) muotoilevat tutkimuksessaan teoreettista viitekehystä tälle prosessille ja jakavat analyysissään sen neljään alaprosessiin, joista osa voi tapahtua samanaikaisestikin tai korostua yli muiden. Prosessit koskevat sekä yleisteen terveydenhuoltoon että sukupuolen korjausprosessiin hakeutumista. Nämä prosessit ovat eteenpäin liikkuminen, huolellinen taustatyö, porsaanreikien etsiminen ja asioiden saaminen toimimaan pitkällä aikavälillä. (Roller ym. 2015, 419.)

Järjestelmän navigoiminen alkaa aloittamalla uusi terveydenhuoltoon hakeutumisen prosessi. Monesti tullessaan syrjityksi tai muuten huonosti kohdelluksi transihmiset alkavat etsiä sellaista terveydenhuollon tarjoajaa, joka vastaa heidän tarpeisiinsa. Toinen vaihe on huolellinen etsintä ja tähän liittyvä taustatyö. Transihmisten täytyy monesti käyttää huomattavasti aikaa ja vaivaa löytääkseen terveydenhuollon palveluita ja palveluntarjoajia, joilla on tietämystä ja osaamista transihmisistä ja heidän hoitotarpeistaan. Kolmas vaihe on porsaanreikien etsiminen, jolla tarkoitetaan järjestelmiin liittyvää neuvottelua ja esteiden välttelyä. Neljäs vaihe on asioiden saaminen toimimaan pitkällä aikavälillä. Monet transihmiset esimerkiksi matkustavat pitkiä matkoja saadakseen hyväksi kokemaansa terveydenhoitoa tai työstävät suhdettaan terveydenhuollon tarjoajiin, jotta heidän tarpeensa tulevat ymmärretyiksi. (Roller ym. 2015, 420–421.) Yhdysvaltojen erilaisesta terveydenhuollon järjestelmästä johtuen kaikki vaiheiden kuvaukset ja Rollerin ym. antamat esimerkit eivät sovi suoraan suomalaiseen kontekstiin. Jaottelu on kuitenkin yksi tapa hahmottaa transihmisten terveydenhuollon kokemuksia ja hoidon saamiseen liittyvien esteiden ylittämistä käytännössä.

#### **4.2.3. Suomalainen tutkimus terveydenhuoltokokemuksista**

Tarkastelen tässä tutkielmassa ensimmäisinä tutkimuskysymyksinäni sukupuolivähemmistöjen kokemuksia yleisestä terveydenhuollosta ja sukupuolen korjausprosessista. Suomessa näitä aiheita on tutkittu vasta vähän, vaikka tarinoita ja artikkeleita sekä viranomaisten selvityksiä niistä löytyykin. EU:n perusoikeusviraston

tutkimuksessa transihmisistä yli yksi viidestä ilmoitti kohdanneensa syrjintää terveydenhuollon henkilökunnan toimesta sukupuolensa vuoksi vuonna 2012. Suomalaisista vastaajista samoin vastanneiden määrä oli jopa hieman keskiarvoa suurempi, 24 prosenttia eli noin neljäsosa. (FRA 2014, 41–42.) Tutkimuksesta on jo runsaasti aikaa, mutta se viittaa syrjinnän kokemusten terveydenhuollossa olevan Suomessakin yleisiä. Näitä kokemuksia ei opinnäytetöiden lisäksi ole Suomessa juuri tutkittu. Tutkimukseni vastaakin tähän terveydenhuoltokokemuksia koskevaan tutkimusaukkoon.

Sukupuolivähemmistöjen terveydenhuoltokokemuksia sivuavat viralliset raportit ovat koskeneet lähinnä viranomaisten tietoon tuotuja syrjintätapauksia. Esimerkiksi lisääntymistä edistävissä palveluissa on havaittu syrjintää sukupuolivähemmistöjä kohtaan (Tasa-arvovaltuutettu 2018, 80). Tasa-arvovaltuutettu (2012) on raportoinut suuntaa antavasti transihmisten kokemuksista terveydenhuollossa myös laajemmin. Selvityksessä esille nousee hoitohenkilöstön yleinen tietämättömyys transasioista. Tämän tasa-arvovaltuutettu tulkitsee johtuvan koulutuksen puutteesta sekä vanhentuneista opeista sukupuoliristiriidasta psyykkisenä sairautena. (Tasa-arvovaltuutettu 2012, 20.) Oikeusministeriön (2019) selvityksessä intersukupuoliset ihmiset taas ilmaisevat turhautumista siihen, että he joutuvat usein kouluttamaan tietämättömiä terveydenhuollon ammattihenkilöitä intersukupuolisuudesta. Tämä johtaa joillain myös terveydenhuollon välttelyyn. (Oikeusministeriö 2019, 12–13.)

Sari Irnin (2017) tutkimuksen mukaan suomalaiset transihmiset eivät koe saavansa tarpeeksi tietoa ja tukea hoitoihinsa hoitohenkilöstöltä ja päätyvät etsimään niitä muualta. Irnin tutkimuksessa korostuu erityisesti vertaistukiryhmien hyödyntäminen turvaverkkona. (Irni 2017, 118.) Terveydenhuollon navigoinnin näkökulmasta herääkin kysymys vertaisten tuen ja muiden tukimuotojen merkityksestä sukupuolivähemmistöille terveydenhuollon haasteista selviytymisessä. Irni tarkastelee tutkimusartikkelissaan sukupuolen korjausprosessia analysoiden 39 suomalaisen transihmisen kokemuksia. Tutkimuksen mukaan monet transihmiset kokevat epäluottamusta terveydenhuoltoon kohtaan, ja yksi oleellinen syy tälle on hoitohenkilöstön asema portinvartijoina hoitoon. Sukupuolen korjausprosessissa tämä valta-asetelma johtaa monilla transihmisillä epävarmuuteen hoitojen saannista. Kaikki sukupuolta vahvistavia hoitoja haluavat eivät saa niihin vaadittavaa diagnoosia, ja pahimmillaan transihmiset kuvaavat hoitojärjestelmää pikemminkin väkivallan järjestelmänä, jossa potilaalla ei ole sananvaltaa ruumistaan koskevissa asioissa. (Irni 2017, 120–122.)

Myös itse sukupuolen korjausprosessin monimutkaisuus ja pitkäkestoisuus voivat olla henkisesti kuormittavia sekä aiheuttaa epävarmuutta prosessin etenemisestä ja diagnoosin saamisesta (Mattila ym. 2015, 379; Irni 2017, 122). Sukupuolen korjausprosessi saattaa kestää useita vuosia diagnoosivaiheen alusta hoitoprosessin loppuun, minkä lisäksi muissa kuin keskitetyissä palveluissa on alueellisia eroja (Tasa-arvovaltuutettu 2012, 25; Mattila ym. 2015, 379). Pitkät odotusajat johtuvat Irnin (2017, 122–123) mukaan pääosin julkisen sektorin resurssipulasta, joka liittyy vuosikymmeniä kestäneisiin hyvinvointivaltion supistamistoimiin ja kasvaviin tehokkuuden vaatimuksiin. Diagnosoinnin hitauden on arvioitu liittyvän lisäksi potilasturvallisuuteen sekä historiallisiin ja kulttuurisiin tekijöihin, sillä nopeampien diagnoosijaksojen hoitoajattelu ei ole vielä juurtunut Suomeen. Hoitojärjestelmä on rakennettu aikana, jolloin hoitosuositukset vielä painottivat pitkäkestoista diagnostista arviointia. Hoitoyksiköt pyrkivät tarkkuuteen ja virheiden välttämiseen, minkä seurauksena hoidot viivästyvät, eivätkä kaikki hoitoa tarvitsevat sitä saa. (Tasa-arvovaltuutettu 2012, 5; Mattila ym. 2015, 379; Seta 2019; Sukupuolen moninaisuuden osaamiskeskus 2021.)

Irni (2017) analyysin mukaan Suomessa sukupuolta vahvistavien hoitojen ja etenkin hormonihoidojen riskeistä puhutaan ja niitä määritellään usein yksinomaan lääketieteen kautta. Terveystieteiden suhtautuminen transihmisten ja cisnaisten hormonaalisiin hoitoihin myös eroaa merkittävästi. Siinä missä päätös ehkäisytablettien ja vaihdevuosiin liittyvien hormonihoidojen aloittamisesta on pitkälti jätetty potilaan vastuulle, eivät suomalaiset transihmiset voi tehdä tällaista päätöstä hoitojen keskityksen ja hallinnan vuoksi. Monet transihmiset kokevat Irnin tutkimuksen mukaan myös, että terveydenhuollon ammattihenkilöt keskittyvät varoittelemaan transpotilaita hoitojen riskeistä ja kyseenalaistavat niiden tarvetta niinkin paljon, että se tuntuu holhoavalta ja johtaa turvattomuuden tunteisiin enemmän terveydenhuoltojärjestelmää kuin itse hoitoja kohtaan. (Irni 2017, 111–119.)

Kuten aiemmin on yleisemmin osoitettu, myös suomalainen terveydenhuolto rakentuu Irnin mukaan oletukselle normatiivisesta transnarratiivista, joka vaikuttaa sekä siihen sopivien että sopimattomien transihmisten kokemuksiin. Terveystieteiden yleisenä nähty kaksijakoinen ja normatiivinen käsitys sukupuolesta voi lisätä epävarmuutta terveydenhuollon järjestelmää kohtaan. Monet transihmiset kokevatkin, että heidän tulee liioitella tai vähätellä kokemuksiaan ja ajatuksiaan stereotyyppioihin sopiviksi, jotta he voivat saada haluamia hoitoja. Sukupuolen korjausprosessiin hakeutuvista monet ovat erilaisten

vertaistukiryhmien avulla jo etukäteen tietoisia sen rajoitteista. Jotkut saattavat jopa jättää kokonaan hakeutumatta prosessiin, koska he uskovat tulevansa torjutuiksi. (Irni 2017, 121.)

Näiden empiiristen tutkimusten, selvitysten ja tieteisartikkelien lisäksi sukupuolivähemmistöjen kokemuksia terveydenhuollosta tarkastellaan ja sivutaan muutamissa terveys- ja hoitoalan sekä yhteiskuntatieteellisissä opinnäytetöissä. Opinnäytetyöt ovat osoittaneet sateenkaari-ihmisten kokevan syrjintää sosiaali- ja terveysalan palveluissa (Ikäheimo, Isotalo & Koivunen 2015; Kalliomäki & Aziza 2015; Merikari 2019). Sukupuolen korjausprosessia on tarkasteltu aiemmin kahdessa pro gradu -tutkielmassa (Hyvönen & Väänänen 2014; Hintsala 2018), joissa on tuotu esille transihmisten kokemusten moninaisuus (Hintsala 2018) sekä valta-aseman läsnäolo asiakassuhteissa (Hyvönen & Väänänen 2014).

Aiemmissä opinnäytetöissä sukupuolivähemmistöjen kokemuksia terveydenhuollosta on käsitelty joko yhdessä seksuaalivähemmistöjen kanssa tai tarkastelussa on ollut pelkästään sukupuolen korjausprosessi tai muu terveydenhuolto. Kasvavasta opinnäytteiden joukosta puuttuukin tutkimus, joka käsittelee sukupuolivähemmistöjen terveydenhuoltoa kokonaisvaltaisesti ja syvällisesti. Tähän tarpeeseen laaja tutkimukseni sukupuolivähemmistöjen kokemuksista terveydenhuollossa vastaa. Tarkastelen tässä tutkimuksessa myös terveydenhuollon navigoimisen teemaa, jota aiempi tutkimus ei kata lainkaan. Tutkielmani vastaa näihin aukkoihin tutkimuskentässä luomalla tietoa sukupuolivähemmistöjen kokemuksista yleisestä terveydenhuollosta, sukupuolen korjausprosessista sekä terveydenhuollon navigoinnista.

## 5. TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tässä luvussa kerron tutkimukseni käytännön toteutuksesta ennen tulosten esittelyyn siirtymistä. Luku rakentuu neljästä alaluvusta. Ensin esittelen tutkielman taustalla olevat ja sitä ohjaavat metodologiset ja tieteenfilosofiset lähtökohdat, minkä jälkeen esittelen tarkemmin tutkimusasetelmani ja tutkimuskysymykseni. Kolmanneksi kerron tutkimukseni aineistosta, sen keruuprosessista ja tietosuojakysymyksistä, ja viimeiseksi käyn läpi itse aineiston analyysiin liittyvät valinnat.

### 5.1. Tutkimuksen metodologiset ja tieteenfilosofiset lähtökohdat

Empiiriset tutkimusmenetelmät jaetaan yleisesti kvalitatiivisiin eli laadullisiin ja kvantitatiivisiin eli määrällisiin menetelmiin. Kvantitatiiviset menetelmät tarjoavat mahdollisuuden tuottaa yleistettävää tilastollista tietoa sosiaalisesta todellisuudesta, kun taas kvalitatiivisilla menetelmillä pyritään kuvaamaan, ymmärtämään ja tulkitsemaan sosiaalisen todellisuuden ilmiöitä. (Ramazanoglu & Holland 2002, 155; Tuomi & Sarajärvi 2018, 98.) Laadulliset ja määrälliset tutkimusmenetelmät esitetään usein toistensa vastakohtina selkeyden vuoksi, vaikka käytännössä kaikkien menetelmien voi nähdä asettuvan jatkumolle näiden kahden välillä (Eskola & Suoranta 2014, 10; Tuomi & Sarajärvi 2018, 72). Menetelmävalinnoissa on pohjimmiltaan kyse siitä, miten ja minkälaisella skaalalla asioita halutaan tutkia (Eskola & Suoranta 2014, 22). Koska tarkoitukseni on kuvata ja tulkita sukupuolivähemmistöjen kokemuksia tilastollisten säännönmukaisuuksien etsimisen sijaan, on tutkimukseni kvalitatiivinen.

Yhteiskuntatieteellistä tutkimusta on mahdollista tehdä monista eri tieteen ja tietokäsitysten lähtökohdista (Ramazanoglu & Holland 2002, 154; Tuomi & Sarajärvi 2018, 14–15). Metodologiaan ja muihin tutkimusta koskeviin valintoihin liittyikin aina tieteenfilosofisia sitoumuksia. Tutkimukseni nojaa tieteenfilosofisesti postmodernismiin ja sen todellisuuskäsityksenä on sosiaalinen konstruktionismi. Kuten toin esille jo sukupuoliteoriaa käsitellessäni (luku 3), postmodernismi on haastanut tieteen vakiintuneet periaatteet kuten universaaliuden ja yksiselitteisten totuuksien mahdollisuuden. Niiden sijaan postmodernit suuntaukset näkevät sosiaalisen todellisuuden tulkintojen olevan moninaisia, paikantuneita ja sosiaalisesti konstruoituja eli rakennettuja (Brooks & Hesse-



Biber 2007, 20; Leavy 2007, 88; MacLure 2013, 167). Kielelliset ilmaisut, käsitteet ja kategoriat ovat sekä sosiaalisesti tuotettuja että tuottavat itse todellisuutta. Sen sijaan, että tutkimuksen avulla maailmasta ajateltaisiin löytyvän kiistattomia ja pysyviä totuuksia, nähdään käsitykset maailmasta siis sosiaalisesti rakentuneina, alati muuttuvina ja neuvoteltuina. (Eskola & Suoranta 2014, 77, 141; Burr 2015, 4–5.)

Postmodernit suuntaukset ovat näkyneet vahvasti feministisissä metodologisissa keskusteluissa. Käytännössä erilaiset käsitykset tieteenteoriasta vaikuttavat siihen, miten tutkimuksen luotettavuutta käsitellään ja minkälaista kieltä tutkimuksessa käytetään (Ramazanoglu & Holland 2002, 151–152). Postmoderneissa feministisissä keskusteluissa on ensinnäkin vahvasti kyseenalaistettu käsitys tutkimuksesta tiedon keräämisestä tai löytämisestä. Keräämisen sijaan puhutaankin usein tiedon tuottamisesta tai rakentamisesta, mikä viittaa aktiiviseen merkitysten antamiseen sosiaaliselle todellisuudelle. (Ramazanoglu & Holland 2002, 154; Leavy 2007, 91.) Postmodernin tietoteorian mukaisesti ajatellaan myös, että tieto on aina paikantunutta, sillä tutkijat eivät ole kaikkietäviä tai kaiken näkeviä. Ei siis ole aiheellista ajatella, että olisi olemassa mitään lopullista tietoa sosiaalisesta todellisuudesta, sillä tieto on aina paikka- ja aikasidonnaista sekä tuotettu jostain näkökulmasta ja siten osittaista. (Saresma 2010, 68; MacLure 2013, 167.)

Koska sukupuolentutkimusta tehdään usein tieteellisen tiedon kartuttamisen lisäksi tutkittavien ihmisryhmien yhteiskunnallisen aseman parantamiseksi, on yksi keskeinen jännite keskusteluissa metodologiasta liittynyt tutkijan ennakkoasenteisiin. Mikäli tutkimusta ohjaavat selvät feministiset arvot, sen uskottavuuden voi väittää muuttuvan kyseenalaiseksi. (Saresma 2010, 64; Wylie 2012, 544.) Feministinen tieteenkritiikki on kuitenkin postmodernismin hengessä kyseenalaistanut länsimaisen tieteen peruskivenä pitkään pidetyn ajatuksen tutkijan ja tutkimuskohteen erillisyydestä sekä tutkimuksen arvoneutraaliudesta (Saresma 2010, 65). Postmodernista näkökulmasta ihmistieteellisen tutkimuksen voi ajatella olevan aina jossain määrin arvosidonnaista, sillä arvot vaikuttavat aiheen valinnan lisäksi epäsuorasti siihen, minkälaisia menetelmällisiä, käsitteellisiä ja aineistoa koskevia valintoja tutkija tekee (Rolin 2005, 103–104, 108). Tutkimuksellisen objektiivisuuden voi nähdä muotoutuvan aiheen ja tutkijan etäisyyden sijaan tutkijan teoreettisen pohdinnan, käsitteellistysten sekä menetelmien kautta. Tämä tarkoittaa, että hyvää tutkimusta voi tehdä itselle läheisistäkin aiheista, eivätkä arvot ja sitoumukset itsessään heikennä sitä. (Eskola & Suoranta 2014, 34–35.)

Feministiselle tutkimukselle on ominaista tieteenkriittisyyden lisäksi myös itsekritiittisyys (Saresma 2010, 65). Tieteen tekeminen postmoderneista ja feministisistä

lähtökohdista tarkoittaa vastuun ottamista arvoista ja intresseistä, jotka muovaavat tutkimukseen liittyviä päätöksiä ja konventioita (Wylie 2012, 546). On selvää, että sitoumukseni sukupuolivähemmistöjen yhteiskunnallisen aseman parantamiseen sekä elämäni aikana kerääntynyt tieto ja tietoisuus näistä aiheista on vaikuttanut tutkimukseni viitekehyksen muotoutumiseen ja toteuttamista koskeviin valintoihin. Kyseinen tietoisuus ja arvoni voivat tiedostamattani vaikuttaa myös analyysivaiheessa samoin kuin mikä tahansa ennakkotieto tai -luulo. Tämän vuoksi käyn läpi tutkimukseni vaiheet ja niihin liittyvät valinnat niin yksityiskohtaisesti ja avoimesti kuin maisterintutkielmassa on mahdollista. Pohdin myös kriittisesti valintojani ja tutkimukseni rajoja tässä ja tutkimuksen viimeisessä luvussa.

## **5.2. Tutkimuskysymykset ja kokemusten tarkastelu**

Tarkastelen tässä tutkimuksessa sukupuolivähemmistöjen kokemuksia yleisestä terveydenhuollosta, sukupuolen korjausprosessista sekä niiden navigoinnista. Tavoitteenani on tällaisia arkikokemuksia tarkastelemalla analysoida terveydenhuollon järjestelmien toimivuutta sukupuolivähemmistöjen näkökulmasta. Olen erityisen kiinnostunut siitä, minkälaiselta terveydenhuollon hoitohenkilöstön suhtautuminen ja osaaminen sukupuolen moninaisuuden kohtaamisessa vaikuttaa sukupuolivähemmistöjen omien kokemusten valossa. Sen pohjalta analysoin, miten terveydenhuolto näyttää vastaavan sukupuolivähemmistöjen tarpeisiin. Lisäksi tulokset voivat osoittaa ongelmakohtia terveydenhuoltoon liittyen.

Tarkastelen tutkimusaihetta kolmen tutkimuskysymyksen avulla. Olen muotoillut ne seuraavasti:

- 1) Minkälaisia kokemuksia sukupuolivähemmistöillä on yleisestä terveydenhuollosta sukupuoleensa ja sen ilmaisuun liittyen?
- 2) Minkälaisia kokemuksia sukupuolivähemmistöillä on sukupuolen korjausprosessista?
- 3) Miten sukupuolivähemmistöt navigoivat terveydenhuoltoa?

Ensimmäinen tutkimuskysymykseni koskee sukupuolivähemmistöjen kokemuksia yleisestä terveydenhuollosta, kun taas toinen keskittyy sukupuolen korjausprosessiin liittyviin terveystalouteihin. Olen erottanut nämä osa-alueet kategorisesti toisistaan, jotta voin

analysoida erikseen kaikkia sukupuolivähemmistöjä koskevaa terveydenhuoltoa sekä vain osaa koskevaa keskitettyä sukupuolen korjausprosessia. Kolmantena tutkimuskysymyksenä tarkastelen sitä, miten sukupuolivähemmistöt navigoivat yleistä terveydenhuoltoa ja mahdollista sukupuolen korjausprosessiaan. Navigoinnilla viitataan luvussa 4.3. kuvaamaani toimintakokonaisuuteen, joka sisältää esimerkiksi hoitoon hakeutumiseen liittyviä erityistoimia tai tapoja käsitellä hoitoprosesseihin liittyviä vastoinkäymisiä. Niitä tarkastelemalla pyrin valottamaan vielä tarkemmin sukupuolen moninaisuuden ja terveydenhuollon välistä suhdetta sekä sukupuolivähemmistöjen kokemia erityishaasteita.

Koska keskityn tässä tutkimuksessa sukupuolivähemmistöjen kokemuksiin terveydenhuollosta, on kokemuksen käsitteen purkaminen tarkemmin tässä kohtaa aiheellista. Erityisesti postmodernit aatesuuntaukset ovat ohjanneet feministisiä tutkijoita kiinnittämään huomiota kokemusten rooliin tiedontuotannossa (Leavy 2007, 96). Feministisessä tutkimuksessa ja teoriassa kokemusten tutkimista on pidetty tärkeänä etenkin rakenteellisen epätasa-arvon osoittamisessa ja vaiettujen aiheiden nostamisessa yleiseen keskusteluun. Samalla on kuitenkin puhuttu kokemusten korostamisen vaaroista ja hankaluuksista varsinkin postmodernin ajattelun kontekstissa. (Saresma 2010, 60.)

Kokemuksiin nojaavaa tutkimusta tehdessä voi ensinnäkin sortua ajattelemaan, että kokemukset ovat pysyviä sekä ajasta, paikasta ja olosuhteista riippumattomia. Kuitenkin nämä jatkuvasti muuttuvat tekijät vaikuttavat kokemusten muotoutumiseen sekä niiden jäsentämiseen, jolloin myös kokemusten voi ajatella olevan aina liikkeessä. (Saresma 2010, 62.) Postmoderneissa tietoteorioissa korostuukin käsitys kokemusten prosessinomaisuudesta. Tutkimuksen kannalta tämä tarkoittaa, ettei kokemuksia voi koskaan tavoittaa täydellisesti, sillä jo niistä kertominen sisältää omaa tulkintaa ja siten lisää tai poistaa jotakin. (Leavy 2007, 96; Saresma 2010, 62–63, 67.) Tämä ei kuitenkaan tarkoita, että kokemuksia ei voi tai ole tarpeen tarkastella tieteellisessä tutkimuksessa. Tutkija voi nimittäin järjestellä ja tulkita kokemuksia sekä tarkastella niiden avulla olosuhteita, joissa kokemukset syntyvät. Kokemuksia voikin pitää paikantuneina prosesseina, joita tutkija tulkitsee parhaansa mukaan. (Saresma 2010, 71–72.)

On myös tärkeää muistaa, että analysoimalla kokemuksia tutkija luo aina jonkinlaista yhdenmukaista kuvaa maailmasta. Samoin kuin henkilökohtaiseen kokemukseen vetoaminen myös tietyn ryhmän kokemusten esille tuominen voi sulkea keskustelusta pois toisenlaisia kokemuksia. (Saresma 2010, 59–60.) Postmoderni feministinen ajattelu kannustaakin tästä syystä tutkijoita kiinnittämään huomiota ja purkamaan kokemusten artikuloinnin tapoja ja normeja. Tämä on koskenut eniten

keskustelua naisten kokemuksista; mikäli naisten ja heidän kokemustensa keskinäistä moninaisuutta ei tunnisteta tai se häivytetään tutkimuksessa, voi tutkimus pahimmillaan ylläpitää vallitsevia käsityksiä. (Leavy 2007, 101.) Näen saman pätevän myös muita ihmisryhmiä koskevien kokemusten käsittelyn kohdalla. Lähtökohtanani sukupuolivähemmistöjen kokemusten tarkastelulle ei olekaan oletus yhdestä universaalista kokemuksesta, vaan pyrin lähestymään niitä oletuksella niiden moninaisuudesta.

Tutkijan rooli kokemusten tarkastelussa on myös oma kysymyksensä. Mikäli tutkimuksessa ainoastaan referoitaisiin suoraan tutkittavien kokemuksia, tutkijan roolina olisi vain järjestää ja kuvailla aineistoa. Tällöin tulkinta ja laajempien asiayhteyksien hahmottaminen eli varsinainen analyysi jäisi kokonaan tekemättä. (Saresma 2010, 61.) Ilman kokemusten kontekstualisointia niistä kertominen voi jäädä ohueksi ja peittää näkyvistä niitä muokkaavia kulttuurisia ja sosiaalisia tekijöitä. Kokemusten tarkastelussa pelkkä niin sanottu äänen antaminen tutkittaville ei olekaan tarpeeksi, vaan kokemukset tulee asettaa kontekstiinsa ja niitä tulee lähestyä kriittisellä varovaisuudella ja vastuullisesti. (Saresma 2010, 61; Wylie 2012, 550.) Kun kokemuksia käsitellään näin tulkintaa ja selitystä vaativina tekijöinä, päästään kysymään tärkeitä kysymyksiä niiden syntysyistä tai esittämisen tavoista (Saresma 2010, 72). Toisin sanoen kokemuksia analysoimalla voidaan tuottaa tietoa yhteiskunnasta, jossa kokemukset syntyvät. Tässä tutkimuksessa tarkastelenkin, miten sukupuolivähemmistöjen kokemukset terveydenhuollosta rakentuvat.

### **5.3. Aineisto ja sen keruu kvalitatiivisella kyselyllä**

#### **5.3.1. Aineiston keruu ja kuvaus**

Keräsin tutkimukseni aineiston kvalitatiivisella verkkokyselyllä Webropol-kyselytyökalun avulla. Kyselyyn (liite 1) vastasi yhteensä 97 ihmistä noin kuukauden aikavälillä syyskuussa 2020. Otin yhteyttä jo kyselyn suunnitteluvaiheessa useaan suomalaiseen sukupuolivähemmistöjen oikeuksia ajaviin järjestöihin ja pyysin niitä jakamaan kyselyäni. Näistä järjestöistä Seta ry ja Trans ry jakoivat tutkimuspyyntöni Facebookissa, Twitterissä, Instagramissa, verkkosivuillaan ja uutiskirjeissään vaihtelevasti. Tämän lisäksi jaoin kyselyn suljetussa tutkimusaiheeseen liittyvässä Facebook-ryhmässä sekä blogialusta Tumblrissa.

Nämä olivat minulle ennestään tuttuja alustoja ja yhteisöjä, joten niiden hyödyntäminen järjestötahojen ohella oli minulle luontevaa.

Aineiston avulla tutkija rakentaa käsitteellistä ymmärrystä tutkimastaan ilmiöstä (Eskola & Suoranta 2014, 62). Laadullisessa tutkimuksessa tietoa kerätään yleensä niiltä ihmisiltä, jotka tietävät paljon tutkittavasta ilmiöstä tai joilla on asiasta kokemusta (Tuomi & Sarajärvi 2018, 98). Viitataan näihin ihmisiin informantteina, vastaajina tai osallistujina vaihtelevasti asiayhteyden mukaan. Tutkimuksessani nämä ihmiset ovat suomalaisia sukupuolivähemmistöihin kuuluvia ihmisiä, joilla on kokemuksia terveydenhuollosta asioinnista yleisesti ja mahdollisesti sen lisäksi myös sukupuolen korjausprosessista. Tässä tutkimuksessa olen kerännyt ja analysoinut sukupuolivähemmistöjen kertomuksia heidän kokemuksistaan terveydenhuollosta, ja nämä kertomukset muodostavat tutkimukseni aineiston.

Kyselyyni vastanneiden joukko on monin tavoin monipuolinen. Nuorimmat vastaajat olivat vastaushetkellä 16-vuotiaita ja vanhin 68-vuotias, mikä tekee aineiston ikäjakaumasta laajan. Vastaajien iän keskiarvo on kuitenkin 28 vuotta, ja suurin osa vastaajista onkin 20–30-vuotiaita. Alaikäisiä vastaajia oli yhteensä vain kolme, minkä vuoksi en tässä tutkielmassa ole keskittynyt alaikäisten sukupuolivähemmistöjen erityistarpeisiin, vaan olen pyrkinyt kuvaamaan asioita yleisemmällä tasolla. Lähes kaikki vastaajista (98 %) ilmoittivat kuuluvansa sukupuolivähemmistöön eli kokivat termin itseään kuvaavaksi. Yhdeksän kymmenestä vastaajasta (91 %) ilmoitti myös kuuluvansa seksuaalivähemmistöön, kymmenesosa (11 %) vähemmistöön vammaisuuden perusteella, minkä lisäksi muihin vähemmistöihin kuuluvia oli muutamia.

Koska sukupuolesta kysyminen kategorioiden avulla sulkee helposti pois joidenkin tapoja määritellä itsensä (Braun ym. 2020, 7), päätin pyytää vastaajia määrittelemään sukupuolensa vapaasti. Vastaajien sukupuolijakauma on hyvin moninainen. He kuvailevat sukupuoltaan paitsi vakiintuneempien kategorioiden myös erilaisten yhdistelmien kautta tai kertoen määrittelevänsä sukupuolensa eri tavoin eri keskustelukonteksteissa. Mieheksi, transmieheksi tai transmaskuliiniseksi itseään kuvaavia vastaajia on 27 ja naiseksi, transnaiseksi tai transfeminiiniseksi seitsemän, mikä tarkoittaa sitä, että suurin osa vastaajista ei kuvaa itseään naiseuden tai mieheyden kautta. Muunsukupuoliseksi, sukupuolettomaksi, genderqueeriksi tai muuksi binääriin ulkopuoliseksi tulkittavaksi itseään kuvaavia ihmisiä onkin yhteensä 63 eli valtaosa vastaajista. He ovat kuitenkin hyvin moninainen joukko, ja esimerkiksi kuusi heistä kuvaa itseään muunsukupuoliseksi naiseksi tai muunsukupuoliseksi mieheksi, mikä ilmentää usein

tiukkarajaisina esitettyjen identiteetikategorioiden moninaisempaa hyödyntämistä käytännössä. Kuten Katherine Johnsonkin (2012, 6) on huomauttanut, itsemäärittelyn mahdollistaminen voi horjuttaa aiemmin oletettuja rajoja identiteetikategorioiden välillä. Näiden osittain risteävien ja monipuolisten määritelmien lisäksi yksi vastaaja kuvasi itseään transvestiitiksi, ja intersukupuoliseksi itseään ei määritellyt yksikään vastaajista.

Kyselyyn tuli vastauksia 97 kappaletta, mikä ylitti odotukseni aineiston koosta. Esimerkiksi haastatteluilla minun ei olisi ollut mahdollista koota näin mittavaa aineistoa. Braun ym. (2020) jaottelevat kvalitatiivisten kyselyiden näytteet karkeasti pieneen 20–49 vastaajan luokkaan, keskikokoiseen 60–99 vastaajan luokkaan ja suureen yli sadan vastaajan luokkaan. Tähän jaotteluun suhteutettuna aineistoni on siis keskikokoinen tai suurehko. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineiston tieteellisyyttä ei kuitenkaan määritä sen koko. Aineisto ei siis ole tilastollisesti edustava otos vaan pikemminkin harkinnanvarainen otanta, jota voi kutsua myös näytteeksi. (Eskola & Suoranta 2014, 18, 61, 62.)

Aineiston riittävyys tutkimuskysymyksiin vastaamisessa on näytteen arvioinnissa tärkeämpää kuin tietyn lukumäärän saavuttaminen (Braun ym. 2020, 9). Kun uusia vastauksia ei ollut tullut enää viikkoon, tarkastelin aineistoa nähdäkseni, kuinka paljon ja kuinka pitkiä vastauksia kysymyksiin oli annettu. Mikäli aineistosta olisi silmiinpistävästi puuttunut jotain, olisin ollut valmis pidentämään aineistonkeruuta. Tämä ei kuitenkaan ollut tarpeen, sillä suuri osa informanteista on vastannut kyselyn avokysymyksiin monin lausein ja yksityiskohtaisesti. Aineisto onkin kokonaisuudessaan laaja ja kattava. Sukupuolen korjausprosessia koskeviin kysymyksiin on lisäksi vastannut noin puolet (55 %) osallistujista, mikä tarjoaa sopivan määrän vastauksia siihen liittyvien kokemusten analysointiin.

### **5.3.2. Kvalitatiivisen kyselyn laatiminen**

Olen toteuttanut aineiston keruun kvalitatiivisella kyselyllä, joka on suhteellisen uusi ja innovatiivinen aineistonkeruun menetelmä (Braun ym. 2020, 1, 11). Kvalitatiiviset kyselyt koostuvat tutkimusaiheeseen liittyvistä kysymyksistä, joihin informantit vastaavat pääasiallisesti omin sanoin vastausvaihtoehtojen valitsemisen sijaan. Kyselyjä voi pitää haastatteluja vaivattomampana, joustavampana ja yksityisyyttä kunnioittavampana aineiston keruutapana. Toisin kuin määrällisissä kyselyissä, joilla tavoitellaan tilastollisia yleistyksiä, pyritään laadullisten kyselyiden avulla saavuttamaan samalla sekä monipuolista että

syvällistä ymmärrystä tutkimusaiheesta. Kvalitatiivisilla kyselyillä saadaan laadullista tietoa isolta määrältä ihmisiä, ja ne mahdollistavatkin tutkittavien aiheiden tarkastelun laaja-alaisesti kattaen erilaisten näkökulmien ja kokemusten kirjon. Kuultavien äänien moninaisuudella on suuri merkitys niiden avulla tuotetun tiedon laadulle, uskottavuudelle ja inklusiivisuudelle. (Braun ym. 2020, 1–6, 9.)

Tavoitteenani tässä tutkielmassa on monipuolisen ja samalla syvällisen tiedon tuottaminen sukupuolivähemmistöjen kokemuksista terveydenhuollosta. Kuten toisessa luvussa esittelemäni sukupuolen moninaisuuteen liittyvä identiteettien kirjo osoittaa, tässä tutkielmassa käsittelemäni ihmisryhmä on sisäisesti hyvin moninainen. Kvalitatiivisella kyselyllä on mahdollista kerätä suurempi määrä kokemuksia kuin esimerkiksi haastatteluilla olisi maisterintutkielmaan realistista kerätä. Näin myös sukupuolivähemmistöjen keskinäinen moninaisuus pääsee tutkimuksessa paremmin esiin. Näistä syistä näenkin kvalitatiivisen kyselyn ihanteelliseksi menetelmäksi kerätä sukupuolivähemmistöjen kokemuksia tutkimukseeni.

Kuten edellisestä alaluvustakin ilmenee, levitin kyselyäni internetissä. Verkkokysely voi mahdollistaa sellaisista intiimeistä ja vaikeista aiheista kertomisen, joista esimerkiksi haastattelussa fyysisesti tai virtuaalisesti kasvokkain toisen ihmisen kanssa voisi olla vaikeaa puhua. Kvalitatiivinen kyselytutkimus voi antaa myös äänen ihmisille, jotka eivät erinäisistä syistä halua tai voi osallistua kasvokkain tehtävään tutkimukseen. (Braun ym. 2020, 4–5.) Arvioin kyselyni aihepiirin ja kysymysten voivan olla siinä määrin arkaluontoisia, että etäisyys on tutkimukselleni enemmän eduksi kuin haitaksi. Osa vastaajista oletettavasti kertoisi kokemuksistaan avoimesti ja yksityiskohtaisesti kasvokkainkin, mutta osa voisi kokea tämän vaivaa aiheuttavana tai kiusallisena. Koska tutkimuskysymysteni kannalta on mielekästä saada informanteilta vastauksia niin hyvistä kuin huonoista terveydenhuoltokokemuksista, uskon kyselyn asettavan suhteellisen matalan kynnyksen kaikenlaisista kokemuksista kertomiselle.

Yksikään aineiston keruutapa ei ole täydellinen, vaan niillä kaikilla on etunsa ja heikkoutensa. Kvalitatiivisten kyselyiden heikkoutena voidaan nähdä se, että ne vaativat hyvää luku- ja kirjoitustaitoa, minkä vuoksi on riskinä, että tutkimuksesta jää puuttumaan vastauksia sellaisilta informanteilta, jotka kokevat kirjallisen ilmaisun hankalaksi. Verkkokyselyyn vastaaminen edellyttää informanteilta myös digitaalista osaamista sekä laitteita, joten vastaajien joukosta voi jäädä pois osa heikko-osaisimmista ja haavoittuvaisimmista ihmisryhmistä. (Braun ym. 2020, 4–6, 9.) Tutkimukseni osalta tämä tarkoittaa esimerkiksi joidenkin ikäihmisten ja kehitysvammaisten jäämistä kyselyn

ulkopuolelle. Olen ollut tietoinen näistä rajoituksista laatiessani kyselyä, ja uskon pystyneeni vaikuttamaan osaan niistä mahdollisimman selkeällä kielellisellä ilmaisulla.

Jotta kvalitatiivisen kyselyn eduista voi saada kaiken irti, tulee se suunnitella huolellisesti. Kysymysten huolellinen muotoilu on ensiarvoisen tärkeää tutkimuksen onnistumiselle, sillä niitä ei voi muuttaa tai tarkentaa aineistonkeruun aikana. Koska kvalitatiiviset kyselyt ovat suhteellisen uusi tapa kerätä aineistoa, liittyy niiden laadintaan paljon kokeilullisuutta ja soveltamista. (Braun ym. 2020, 7, 11.) Suunnitteluun ei ole valmiita malleja, vaan suunnittelin kysymykset tutkimuskysymysten pohjalta varsin vapaasti, kuitenkin tarkasti harkiten. Kvalitatiiviset kyselyt koostuvat yleensä demografisista taustakysymyksiä sekä varsinaisista pääkysymyksistä (mt., 7), ja näin on myös kyselyni kohdalla. Kyselylomakkeeni (liite 1) alkaa taustakysymyksillä informanttien iästä, sukupuolesta, vähemmistöasemasta, koetusta toimeentulosta sekä terveystalveluiden käyttöön liittyvistä tekijöistä. Näiden arvioin olevan vastaajiin liittyviä ominaisuuksia, jotka voisivat auttaa heidän kokemustensa kontekstualisoinnissa analyysivaiheessa.

Vastaajien vähemmistöasemaa, toimeentuloa ja käyttämiä terveystalveluja koskevat kysymykset ovat kyselyssäni monivalintakysymyksiä, kun taas sukupuolta, ikää ja matkaa lähimpään terveystalvelukseen kysyin avokysymyksin. Monivalintakysymykset mahdollistavat datan selkeän ja helpon yhteenvedon, kun taas avokysymykset antavat vastaajien hallita paremmin sitä, miten he määrittelevät itsensä (Braun ym. 2020, 7). Suosin taustakysymyksissäni monivalintakysymyksiä niiden selkeyden vuoksi, mutta sisällytin niistä moniin vaihtoehtoon, johon informantit voivat lisätä mahdollisesti puuttuvan vaihtoehtoon. Esimerkiksi kysymykseen vastaajien vähemmistöihin kuulumisesta voi lisätä puuttuvan vähemmistön, ja niin tekikin kaksi vastaajista. Lisäsin myös vaihtoehtoon olla vastaamatta kysymyksiin, jotka eivät olleet ehdottoman tärkeitä raportoinnille. Koska erottelen vastaajat aineistoesimerkeissä heidän sukupuolensa ja ikänsä avulla, niitä koskevien kysymysten kohdalla en antanut tätä vaihtoehtoa.

Kyselyn pääkysymykset ovat niitä, joissa käsitellään tutkimuskysymyksiin suoraan liittyviä aiheita. Kysyin vastaajilta terveydenhuoltoon liittyvistä kokemuksista sekä mahdollisista haasteista selviytymisestä ja epäroinnista terveydenhuollossa asioinnissa. Sukupuolen korjausprosessiin liittyvässä osiossa taas kysyin kokemuksista transpolilla ja muissa prosessiin liittyvissä terveystalveluissa sekä mahdollisista haasteista selviytymisestä. Molempien aiheiden kohdalla annoin vastaajille myös mahdollisuuden kertoa mielipiteitään yleisesti terveydenhuollon ja sukupuolen korjausprosessin toimivuudesta järjestelminä. Tämän ajattelin täydentävän aiempia vastauksia, sillä vastaajat



saivat mahdollisuuden reflektoida kokemuksiaan kokonaisuuksina ja jakaa ajatuksiaan. Useat osallistujat jakavatkin aiempia vastauksiaan täydentäviä kokemuksia ja tietoa näiden kysymysten kohdalla.

Pääkysymyksiä ei ole kyselyssä hyvä olla liikaa, mikäli niihin haluaa kattavia vastauksia (Braun ym. 2020, 8). Pidinkin pääkysymysten määrän mahdollisimman pienenä kuitenkin tekemättä yksittäisistä kysymyksistä hämmentävän pitkiä. Tavoitteenani oli kysyä niin avoimia kysymyksiä kuin mahdollista, mutta kuitenkin tehdä se selkeästi. Selkeyden saavuttaminen kyselyssä saattaa vaatia paikoittaista tyypillisen kvalitatiivisen haastattelututkimuksen ohjenuorien rikkomista, kuten esimerkiksi kysymysten tarkentamista lisäkysymyksillä tai ohjeistuksilla (mt., 8). Haastattelussa voisi pitäytyä yhden yleistason kysymyksen kysymisessä kerrallaan tai tarkentaa niitä valikoidusti haastattelun etenemisen mukaan. Koska kyselyssä tällainen vaihtelu ei ole mahdollista ja yleistasolla pysymiseen liittyy suurempi väärin ymmärretyksi tuleminen riski, päätin selkeyttämisen olevan parempi vaihtoehto vastaajan hienoisen johdattelun uhallakin. Kysymykseni onkin pääsääntöisesti muotoiltu niin, että ne alkavat yleisellä kysymyksellä, jota seuraa tarkentava kysymys ja lopuksi kehoitus kertoa aiheeseen liittyvistä kokemuksista tai ajatuksista. Esimerkiksi kahdeksannen kysymyksen muotoilin seuraavasti: ”Miten sukupuolesi tai sen ilmaisu on tullut esille terveydenhuollossa ja miten siihen on suhtauduttu? Minkälaisia hyviä käytäntöjä, ongelmia tai haastavia tilanteita olet kohdannut? Kerro kokemuksistasi.” Toimin tämän rakenteen mukaisesti myös muissa pääkysymyksissäni.

Braunin ym. (2020, 1–2) mukaan kvalitatiivisten kyselyiden vähäinen käyttö tutkimuksessa johtuu osittain oletuksesta, että ne eivät ole yhtä joustavia tai syvällisiä kuin muut laadulliset menetelmät, sillä kyselyihin ei sisälly mahdollisuutta esittää jatkokysymyksiä tai pyytää selvennystä vastauksiin. Kvalitatiiviset kyselyt voivat kuitenkin tarjota rikasta ja syvällistä tietoa vastaajien kokemuksista ja näkökulmista siinä missä muutkin laadulliset menetelmät. Vaikka jotkut informantit saattavat vastata lyhyesti esitettyihin kysymyksiin, kyselyn ollessa aiheeseensa sopiva ja hyvin muotoiltu siitä saatava tutkimusdata on kokonaisuudessaan todennäköisesti tarpeeksi syväluotaavaa ja monipuolista. (Braun ym. 2020, 1–4.) Aineistoni todentaa Braunin ym. näkemystä, sillä toiveeni monipuolisesta näytteestä toteutuivat yli korkeimpien odotusteni. Informanteilla on paitsi monenlaisia kertomuksia kokemuksistaan myös hyvin erilaisia vastaustyyplejä aina lyhyestä ja tiiviistä ilmaisusta pitkiin, tunteellisiin ja syvällisiin tarinoihin. Näenkin juuri kvalitatiivisella kyselyllä aineiston keruun olleen eduksi sen monipuolisuuden mahdollistamiselle ja siten myös siitä analyysissä tehtävien tulkintojen järkevyydelle.

### 5.3.3. Tietosuoja ja eettiset kysymykset

Tutkimuksiin ja etenkin aineiston keruuseen liittyy paljon eri päätöksiä, jotka liittyvät etiikkaan. Tutkimusetiikka on tärkeä osa tutkimuksen luotettavuutta, ja sitä voidaan pitää hyvän tutkimuksen edellytyksenä. (Eskola & Suoranta 2014, 52; Tuomi & Sarajärvi 2018, 149.) Suunnitellessani kyselyä perehdyin myös tutkimuseettisiin kysymyksiin sekä henkilötietoja koskevaan tietosuoja-asetukseen. Aineiston keruuvaiheessa on tärkeää huomioida osallistujien tiedottaminen tutkimuksen luonteesta, tavoitteesta ja mahdollisista riskeistä osallistujille. Myös tutkimuksessa kerättävien henkilötietojen käsittelyn tulee tutkimuseettisten periaatteiden mukaan olla suunnitelmallista, vastuullista ja noudattaa lakia. (Eskola & Suoranta 2014, 52, 56; TENK 2019.)

Eettiset kysymykset koskivat tutkimuksessani henkilötietojen käsittelyä, tutkittavien informointia sekä vapaaehtoista osallistumista tutkimukseen. Noudatin henkilötietojen käsittelyssä EU:n tietosuoja-asetusta (EU 679/2016). Toteutin kyselyn nimettömästi hyödyntäen tietosuojattua Webropol-kyselytyökalua, ja vastaajilta keräämäni henkilötiedot olivat heidän ikänsä sekä avovastauksissa mahdollisesti esiintyvät henkilötiedot. Käsittelen tutkimuksessa myös erityisiin henkilötietoryhmiin kuuluvia tietoja vastaajien terveydestä ja seksuaalisesta suuntautumisesta. Käsittelen näitä tietoja kuitenkin tässä tutkimusraportissa siten, että yksittäistä vastaajaa ei voida liittää niihin. Annoin vastaajille lisäksi vaihtoehdon jättää kyselyn loppuun sähköpostiosoitteen tutkielman lähettämiseksi heille sen valmistuttua. Erotin nämä osoitteet aineistosta heti aineistonkeruun päättyessä eri palvelimille niin, ettei niitä olisi voinut enää yhdistää toisiinsa.

Säilytin aineistoa Webropolin palvelimella ja koostetta vastauksista Jyväskylän yliopiston suojatulla U-asetella käyttäjätunnuksen ja salasanan takana. Kenelläkään muulla ei siis ollut suoraa pääsyä aineistoon. Kyselyn (liite 1) alussa olen selittänyt selkeästi kyselyn tarkoituksen ja olennaisimmat tietosuojaan liittyvät seikat. Liitin verkkolomakkeeseen mukaan myös tiedotteen tutkimuksesta (liite 2) sekä tietosuojailmoituksen (liite 3), joihin vastaajat voivat halutessaan tutustua tarkemmin ennen osallistumispäätöstä. Määritin tietosuojailmoitukseen myös sen, milloin aineiston tunnistetiedot hävitetään sekä tavat, joilla aineistoa käsitellään.

Tutkimustuloksia julkistaessa tulee huolehtia luottamuksellisuuden varjelusta (Eskola & Suoranta 2014, 57). Havainnollistan kuudennessa luvussa analyysini tuloksia aineistoesimerkkien avulla, ja ilmoitan niiden yhteydessä informantin iän ja oman

määritelmän sukupuolestaan tarvittaessa tiivistettynä. Koska tutkimukseni käsittelee vähemmistöä, voi tunnistamisen riskiä pitää suurempana kuin valtaväestöön kohdistuvassa tutkimuksessa. Pyrinkin turvaamaan vastaajien tunnistamattomuuden raportointivaiheessa valitsemalla aineistoesimerkeiksi sellaisia lainauksia, joissa ei lähtökohtaisesti paljasteta arkaluontoisia tietoja tai yksityiskohtia. Sellaisia aineistoesimerkkejä, joissa tällaisia tietoja on, olen muokannut poistaen näkyvistä tunnistettavat seikat.

#### **5.4. Aineiston analyysi sisällönanalyysin avulla**

Aineiston analyysi on prosessi, joka sisältää havaintojen tiivistämistä, järjestelyä ja jalostamista selkeään ja mielekkääseen muotoon (Ramazanoglu & Holland 2002, 159–160; Eskola & Suoranta 2014, 138). Analyysiin ja sen lopputuloksiin vaikuttavat monet tutkimuksen viitekehykseen liittyvät tekijät kuten tutkijan teoreettinen lähestymistapa, näkökulma aiheeseen, suhtautuminen tiedontuotantoon ja ratkaisut eettisiin kysymyksiin (Ramazanoglu & Holland 2002, 159). Erilaisia teoreettisia viitekehyksiä hyödyntävät tutkijat voivat siis tulkita samat havainnot eri tavoin, eivätkä merkitykset ole aineistossa mitenkään annettuja. Sen sijaan, että merkityksiä ajatellaan vain passiivisesti löytyvän, on tutkijan löydettävä ne itse. Analyysia voikin pitää aktiivisena merkitysten luomisena. (Ramazanoglu & Holland 2002, 160; Silvasti 2014, 39.)

Hyödynnän tässä tutkimuksessa kvalitatiivista sisällönanalyysiä, jolla voidaan analysoida monenlaisia kirjallisessa muodossa olevia aineistoja. Sisällönanalyysi on säännönmukaisuusien etsimisen prosessi, jossa aineistoa järjestellään, jäsennetään, koodataan ja luokitellaan. (Silvasti 2014, 36–37.) Sisällönanalyysin tavoitteena on uusien ilmiöiden tai merkitysten löytäminen ja perimmäisenä tarkoituksena niiden syvälinen ymmärtäminen. Sisällönanalyysiä voi tehdä aineistolähtöisesti tai hyödyntäen jotakin teoriaa tai teoreettisesti perusteltua näkökulmaa. Teoriaa hyödyntävät lähestymistavat jakautuvat teoriasidonnaiseen ja teoriaohjaavaan analyysiin, joista jälkimmäistä hyödynnän tässä tutkimuksessa. (Eskola & Suoranta 2014, 153; Silvasti 2014, 37, 40; Tuomi & Sarajärvi 2018, 107–110.) Teoriaohjaavan analyysin avainajatus on, että se ei pohjaudu suoraan mihinkään tiettyyn teoriaan, mutta teoriaa hyödynnetään tulkintojen teossa. Aineistosta luotavia analyysiyksiköitä ei siis ole sovittu etukäteen, mutta aikaisempi tieto ja teoria auttavat niiden tulkinnassa. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 109.)

Useimmiten sisällönanalyysi etenee siten, että aineistosta ensin etsitään ja rajataan tarkasteltavaksi tutkimuskysymyksille olennaiset osat, minkä jälkeen alkaa varsinainen aineistoon perehtyminen (Eskola & Suoranta 2014, 151; Silvasti 2014, 37). Tiina Silvasti (2014, 38) ohjeistaa tutkijoita pyrkimään hahmottamaan aineisto ensin kokonaisuutena ja kiinnittämään huomiota ensivaikutelmiinsa. Koska aineistoni on itse kerätty kvalitatiivinen kyselyaineisto, siinä ei alkuvaiheessa ollut juuri karsittavaa. Kävin aineiston läpi ensimmäisen kerran kokonaisuutena ja niin, etten vielä aktiivisesti miettinyt tutkimuskysymyksiäni. Sain kuitenkin aineistossa toistuvista asioista sekä erikoisuuksista tällä lukukerralla hyvän yleiskuvan, johon perustuvia ajatuksia ja kysymyksiä kirjoitin myös ylös myöhempää vertailua varten. Vaikka en miettinyt tutkimuskysymyksiäni tällä ensimmäisellä lukukerralla, olivat monet muistiinpanoistani huomioita, jotka päätyivät tuloksiin asti. Osa aiemmissa aiheittani koskevista tutkimuksissa toistuvista teemoista oli nähtävissä saman tien myös aineistossani, mutta se sisälsi myös paljon odottamattomia kertomuksia esimerkiksi terveydenhuollon navigointitavoista.

Kvalitatiivisen kyselyaineiston analyysissä voi olla sudenkuoppana yksittäiseen kysymykseen saatujen vastausten tiivistelmien esittäminen teemoina (Braun ym. 2020, 10). Aineistonkeruussa käytettävää temaattista rakennetta ei tulekaan käyttää suoraan aineiston jäsennyksessä, koska informantit voivat sivuta yhtä aihepiiriä useassa kohdassa. Lisäksi vastaajat voivat liittää asioita yhteyksiin, jotka poikkeavat tutkijan ennakkokäsityksistä tai jopa tuoda esille täysin oletuksista poikkeavia aihepiirejä. (Silvasti 2014, 45; Braun ym. 2020, 10.) Jotta analyysi ei jää puutteelliseksi tai pintapuoliseksi, on aineistoa hyvä käsitellä kokonaisuutena (Braun ym. 2020, 10). Myös tämän tutkimuksen aineistossa materiaalia yksittäisiin tutkimuskysymyksiin vastaamiseen löytyi eri puolilta kyselyä, minkä huomioin aineistoa järjestellessäni ja koodatessani.

Alustavan aineistoon perehtymisen jälkeen suoritin aineiston koodauksen ja teemoittelun. Koodaaminen tarkoittaa aineiston erittelyä ja jäsentämistä sekä johdonmukaisuuksien ja järjestyksen etsimistä sen avulla. Koodaamisella paikannetaan, nimetään ja kerätään kategorioihin tutkimusongelman näkökulmasta kiinnostavia seikkoja, joita jalostamalla niistä hahmotellaan teemoja. (MacLure 2013, 164–165; Silvasti 2014, 38–39.) Koodauksessa aineisto siis puretaan pieniin osiin, ja teemoittelulla niistä kootaan uutta informaatiota sisältäviä asiakokonaisuuksia (Silvasti 2014, 44–45; Tuomi & Sarajärvi 2018, 105). Näin koodauksen ja teemoittelun avulla aineistosta ja informanttien käyttämistä kielellisistä ilmaisuista edetään systemaattisesti kohti abstrakteja käsitteitä, vakaita kategorioita ja johtopäätöksiä (MacLure 2013, 169; Tuomi & Sarajärvi 2018, 125).

Aloitin koodauksen kokoamalla aineiston pääkysymysten vastaukset yhteen ja pelkistämällä ne koodeiksi eli tässä tapauksessa ensin lauseiksi ja sitten lyhyemmiksi sanapareiksi kuten ”vertaistuki” tai ”odottaminen raskasta”, jotka kuvasivat tekstin sisältöä. Muutamien itselleni epäselvien vastausten kohdalla tein internethaun vieraista sanoista, ja muutamassa tapauksessa palasin tarkistamaan informantin muut vastaukset ymmärtääkseni paremmin yksittäisen vastauksen kontekstin. Näin sain tehtyä niistä varmasti järkevät tulkinnat. Koodauksen jälkeen aloin ryhmitellä koodeja ensin asiayhteyksiensä eli tutkimuskysymysten alle ja sitten samankaltaisuuden mukaan ensin pienemmiksi alaluokiksi ja siitä isommiksi kokonaisuuksiksi eli teemoiksi. Esimerkiksi koodin ”lääkärillä ei tietoa lähetteestä” asetin ensin alaluokkaan ”tietämättömyys” ja siitä lopulta osaksi laajempaa teemaa ”hämmennys ja tiedonpuute”. Teemoittelussa aineistosta karsiutuivat pois asiat, jotka eivät olleet olennaisia tutkimuskysymyksilleni. Kun olin muodostanut teemat, vertasin niitä muistiinpanoihin, joita olin tehnyt ensimmäisellä aineiston lukukerralla varmistaakseni, etten ollut unohtanut huomioida jotain mahdollista tulkintatapaa. Lähestymistapani teemoitteluun oli siis käydä aineisto läpi ensin yleisemmällä tasolla, sitten systemaattisesti ja tarkasti, tämän myötä muodostaa koodeja ja ryhmitellä niistä teemoja, ja lopuksi vielä verrata tuloksia ensivaikutelmiini.

Perinteisesti yhteiskuntatieteellisessä kvalitatiivisessa analyysissä on etsitty aineistosta yksinomaan yhtäläisyyksiä ja samanlaisuutta (Eskola & Suoranta 2014, 140). Koska koodauksella ja teemoittelulla luodaan järjestystä ja kategorioita, se voi kuitenkin helposti piilottaa erot, sattumat ja toiseuden näkyvistä (MacLure 2013, 168–169). Nykyään kvalitatiivisissa analyyseissä keskitytään usein myös aineiston eroihin ja moninaisuuteen, mikä tekee analyysistä tarkempaa (Eskola & Suoranta 2014, 140). Koin moninaisuuden näkyvissä pitämisen ja järjestelmällisen luokittelun välisen jännitteen läsnäolon tehdessäni analyysiä, mutta uskon, että molempien huomioon ottaminen on mahdollista. Vaikka analyysin tuloksista jääkin aina eittämättä joitain yksittäisiä ja eriäviä havaintoja pois, niiden pohtiminen ja arviointi olivat osa analyysiprosessiani, ja osa kokemusten moninaisuudesta on myös osa tuloksia. Tutkimuskysymyksiini vastaavat teemat eivät ole kaikkien informanttien kokemusten mukaisia, vaan niistä löytyy jopa toisilleen vastakkaisia osia. Pyrin tuloksia esitellessäni pitämään mukana teemojen sisällä esiintyvää moninaisuutta, vivahteita ja eri ryhmien välisiä eroja, jotta ne eivät katoa näkyvistä.

## 6. ANALYYSIN TULOKSET

Tässä luvussa esittelen tutkimukseni analyysin tulokset. Ne koostuvat aineistosta sisällönanalyysin avulla muodostamistani teemoista, joita suhteutan teoriaan ja aiempaan tutkimuskirjallisuuteen. Havainnollistan tuloksia aineistoesimerkkien avulla, ja ilmoitan niiden yhteydessä informanttien iän ja sukupuolen. Näin vastaajat ovat eroteltavissa toisistaan. Olen piilottanut aineistoesimerkeistä tarkat nimet ja paikka- ja aikamaininnat informanttien tunnistamattomuuden turvaamiseksi. Olen myös tehnyt muutamiin lainauksiin muotoiluja ja lisännyt kontekstisanoja hakasulkeisiin ymmärrettävyyden vuoksi.

### 6.1. Sukupuolivähemmistöjen kokemukset yleisestä terveydenhuollosta

Käsittelen tässä alaluvussa sukupuolivähemmistöjen kokemuksia yleisestä terveydenhuollosta. Tarkastelen myös muutamia sukupuolen korjausprosessiin usein yhdistettäviä palveluita kuten lähetteen saamista transpolille sekä yleisessä terveydenhuollossa tapahtuvaa hormonihoidon seuranta, sillä niitä suorittavat sellaiset terveydenhuollon ammattihenkilöt, joilta ei edellytetä asiantuntijuutta transasioissa. On tärkeää huomata, että kolmasosa (29 %) kyselyni informanteista kertoo, että heidän sukupuolensa tai sen ilmaisu eivät ole olleet mitenkään esillä heidän asioinneillaan yleisessä terveydenhuollossa. Käsittelen tässä osiossa pääasiassa siis niiden informanttien (71 %) kokemuksia, joilla sukupuoli tai sen ilmaisu on ollut esillä terveydenhuollon kohtaamisissa joskus tai usein. Kaikissa vastaajien kertomuksissa ei ole eritelty, ovatko käytetyt terveyspalvelut julkisia vai yksityisiä, mutta valtaosa (70 %) vastaajista ilmoittaa käyttävänsä ainoastaan tai enimmäkseen julkisia terveyspalveluita. Tämä kertoo, että suurin osa tässä osiossa kuvatuista terveydenhuoltokokemuksista koskee julkista terveydenhuoltoa.

Analyysissä muodostamani teemat ovat 1) hämmennys ja tiedonpuute, 2) väärinsukupuolittaminen, 3) häirintä ja epäasiallinen kohtelu, 4) neutraalit ja turvalliset kohtaamiset sekä 5) sopimattomuus sukupuolitettuihin tiloihin ja tilanteisiin. Sukupuolivähemmistöjen kokemukset yleisestä terveydenhuollosta ovat hyvin moninaisia, ja samalla henkilöllä voi luonnollisesti olla monenlaisia erilaisia kokemuksia sukupuoleensa tai sen ilmaisuun suhtautumisesta. Esille nostamani teemat eivät siis ole toisiaan

poissulkevia, vaan ne ovat monin osin limittäisiä, ja yhden informantin kertomukset kokemuksistaan sopivat monesti useaan näistä teemoista.

### **6.1.1. Hämmennys ja tiedonpuute**

Ensimmäinen sukupuolivähemmistöjen kokemuksia yleisestä terveydenhuollosta kuvaava teema on hoitohenkilöstön hämmennys ja tiedonpuute. Tämä teema koostuu informanttien kertomuksista, joissa korostuu terveydenhuollossa asiointia hankaloittava hoitohenkilöstön tietämättömyys sukupuolen moninaisuudesta ja sukupuolivähemmistöjen kohtaamisesta. Kuvaukset terveydenhuollon ammattihenkilöiden hämmentyneistä reaktioista ja kommentteista ovat aineistossa hyvin yleisiä.

Butler on teoretisoinut, että yhteiskunnallisesti hyväksyttäviä ja ymmärrettäviä sukupuolia ovat vain nainen ja mies, joiden kehot, roolit ja halut ovat toisilleen vastakkaisia (Butler 1990, 1993; Lahti 2019, 36). Monet vastaajat kertovat, miten heidän normeista poikkeavaa sukupuoltaan tai sen piirteitä on terveydenhuollossa ihmetelty. Ensimmäisessä esimerkissä vastaaja kuvaa, miten hänen juridisen sukupuolensa ja nimensä aiheuttivat hoitohenkilöstössä hämmennystä, koska ne eivät vastanneet hänen ulkonäöstään tehtyä sukupuolioletusta.

[Lääkäriissä] ääneen ihmeteltiin sitä, että virallisissa tiedoissa olleet merkinnät (vanha nimi, henkilötunnus) eivät vastanneet ulkonäköäni. Sanottiin vain, että kannattaa varautua vastaavanlaisiin reaktioihin myös jatkossa. Muistaakseni ei edes pahoiteltu. (Ei-binäärinen, 23)

Hämmennys kertoo hoitohenkilöstön odottavan cissukupuolisia potilaita, joiden sukupuolipiirteet sopivat oletusten mukaisesti yhteen. Seuraavissa esimerkeissä vastaajat taas kertovat, miten yhtäältä sukupuolineutraali nimi ja toisaalta oletuksista poikkeava vaatetus ovat aiheuttaneet ihmettelyä.

Sukupuolineutraali nimi on hämmentänyt lääkäreitä ja hoitajia, ja esim. EKG-kuvauksissa binderi on aiheuttanut ongelmia, hoitaja mm. oletti minun pitävän rintaliivejä. (Transmies, 21)

Yleensä naisten vaatteet tai jokin vaate ollut päälläni asioidessaan terveydenhuollossa, pääasiassa hyvin on suhtauduttu. [M]uutaman kerran on ollut haastavaa selittää että mitä tämä on ja minkä takia. (Transvestiitti, 47)

Kun tällaiset sukupuoliin liitettävät piirteet eivät asetu selkeästi ja johdonmukaisesti naiseuden tai mieheyden piiriin, ihmisten luokittelu niiden perusteella tiettyihin sukupuoliin vaikeutuu. Lindrothin (2016) ruotsalaisessa tutkimuksessa etenkin muunsukupuoliset kertovat kokevansa, että heitä pidetään terveydenhuollossa outoina. Tutkimuksessani tällaiset kokemukset eivät rajoitu muunsukupuolisiin henkilöihin, vaan oleellinen tekijä on sukupuolittuneisiin ulkonäköodotuksiin vastaaminen tai vastaamattomuus itse sukupuolesta riippumatta.

Vastaajien kuvaama hoitohenkilöstön hämmennys vaikuttaisi liittyvän monessa tapauksessa hoitohenkilöstön tietämättömyyteen sukupuolen moninaisuudesta. Tämä tiedonpuute johtaa hämmennykseen ja väärin oletuksiin. Aiemmat muissa länsimaissa tehdyt sekä ylikansalliset tutkimukset ja selvitykset (Poteat ym. 2013; Lindroth 2016; Euroopan komissio 2020) ovat osoittaneet, että tiedonpuute sukupuolen moninaisuudesta on terveydenhuollon hoitohenkilöstön keskuudessa erittäin yleistä ja että hoitohenkilöstöltä puuttuu usein valmiuksia transihmisen kohtaamiseen terveydenhuollossa. Tämänkin tutkimuksen aineistossa tiedonpuutteeseen viittaavat kokemukset terveydenhuollon kohtaamisista ovat toistuvia.

Sukupuolivähemmistöjen marginaalinen asema voi tehdä heistä hoitohenkilöstön silmissä outoja tai mielenkiintoisia. Tämä vaikutelma syntyy siitä, että sukupuolivähemmistöjen sukupuolet eivät ole ymmärrettäviä vallitsevassa sukupuolijärjestelmässä (Butler 1993, 2004; Lahti 2019, 36–38). Tämä voi vaikuttaa myös siihen, miten terveydenhuollon ammattihenkilö hoitaa sukupuolivähemmistöön kuuluvaa potilasta. Tiedonpuutteesta johtuen hoitohenkilöstö ei välttämättä tiedä, mihin terveydellisiin asioihin potilaan sukupuoli tai mahdolliset sukupuoli vahvistavat hoidot liittyvät ja eivät liity. Tällaisia kokemuksia kuvataan seuraavissa aineistoesimerkeissä.

Ongelmallisimpia ovat tähän asti olleet sentyyppiset tilanteet, joissa periaatteessa hyväntahtoinen lääkäri tms. onkin ruvennut kyselemään lisää sukupuoli-identiteetistäni (tai arvailemaan, miten identiteettini ehkä vaikuttaa asioihin, joihin se tosiasiallisesti ei millään lailla vaikuta) vaikka tarkoitukseni on vain ollut korjata nopeasti ja asiallisesti, etten muuten ole sitä sukupuolta, jota hän oletti minun olevan. (Ei-binäärinen, 39)

Joko lääkäri hermostuu, ottaa sen tarpeettomasti esille joko vastaanotolla tai etenkin sairauskertomustiedoissa tai siitä tehdään muuten ISO ASIA tai sitä ei oteta huomioon mm. joissakin harvoissa laboratoriotuloksissa, missä sillä olisi merkitystä. (Mies, 68)



Kuten Irninkin (2017) tutkimuksessa ilmenee, muutama informantti kuvaa myös tilanteita, joissa terveydenhuollon ammattihenkilöt ovat suositelleet hormonihoidojen lopettamista varotoimena, jonka vastaajat ovat kokeneet ylimitoitetuksi. Tiedonpuute voi myös vaikeuttaa terveysongelmien diagnosointia, mikäli transihmisten fysiologiaa ei osata ottaa asianmukaisesti huomioon. Tiedonpuute sukupuolivähemmistöihin kuuluvien potilaiden kohtaamisesta näkyikin puutteina heidän tarpeisiinsa vastaamisessa. Pahimmillaan tiedonpuute voi johtaa ongelmiin potilaan diagnosoinnissa sekä hoitovirheisiin, kuten Euroopan komissiokin (2020, 12) on selvityksessään huomauttanut.

Tämän lisäksi terveydenhuollossa asiointia vaikeuttavat tilanteet, joissa ei tunnisteta, ymmärretä tai kunnioiteta sukupuolivähemmistöjen mahdollisia erityistarpeita. Monen transihmisen kokema kehodysforia voi vaikeuttaa toimenpiteitä terveydenhuollossa, ja mikäli hoitohenkilöstö ei ole tästä tietoinen tai osaa mukautua siihen, voi kokemus kohtaamisesta olla epämiellyttävä.

Tosin hakiessani lähetettä transpolille, kyseinen lääkäri ei selvästi tiennyt mitä lähetteeseen kuuluu, ja oletti outoja asioita kuten, että asia olisi vain yhtäkkiä tullut mieleeni. Lisäksi hän väkäksi paidan pois ottamisesta kuunnellakseen stetoskoopilla, vaikkei sitä lähetteeseen tarvittu ja kerroin kehodysforiasta. (Transmies, 32)

Aineistoesimerkissä vastaaja kuvailee tilannetta, jossa hänen epämukavuuttaan kehonsa näkemistä ja koskettamista kohtaan ei ole tunnistettu tai kunnioitettu. Useat vastaajat kuvaavat tällaisia tilanteita ahdistaviksi. Hoitohenkilöstön toiminnan voi tulkita tahalliseksi tai tietämättömyydestä johtuvaksi erheeksi, mutta joka tapauksessa se ilmentää tietoisuuden puutetta sukupuolivähemmistöjen tarpeista terveydenhuollossa. Sama on todettu myös Rollerin ym. (2015) tutkimuksessa.

Hoitohenkilöstön tiedonpuute voi ilmetä näiden ongelmien lisäksi myös siinä, miten potilaan sukupuoli tai transtausta voidaan sekoittaa muihin asioihin kuten seksuaaliseen suuntautumiseen.

Psykiatrin kanssa on tullut muutaman kerran esiin, mutta hän (boomer ukkeli) ei ymmärrä sukupuolen ja seksuaalisen suuntauksen olevan erillisiä asioita, enkä pidemmän päälle jaksanut vääntää rajallisen ajan ja oman ahdistuksen vuoksi identiteettiäni rautalangasta. Omakantaan hän kirjoitti minun olevan keskustelun pohjalta sukupuoleltani aseksuaali. (Agender, 24)

Tässä esimerkissä informantti kuvaa, miten vanhempaa sukupolvea oleva psykiatri oli sekoittanut hänen sukupuolensa seksuaaliseen suuntautumiseen ja miten oman sukupuolen

selittäminen oli ahdistava kokemus, jonka vuoksi hän lopulta luovutti asian suhteen. Tällaiset kokemukset sukupuolen väärinymmärtämisestä ja siitä johtuvasta turhautumisesta ovat aineistossa yleisiä.

Kun asiointitilanteissa sen osapuolilla ei ole yhteisiä termejä ja ymmärrystä sukupuolen moninaisuudesta, luo tämä ongelmia vuorovaikutukselle (Juvonen 2019, 18). Informantit kuvaavatkin toistuvasti kohtaamisia, joissa heidän on pitänyt valistaa hoitohenkilöstöä transihmisyyteen liittyvistä asioista tai sukupuoliominaisuuksistaan.

Joka kerta kun tarvitsisin johonkin transsukupuolisuutta sivuavaan vaivaan apua, olen "ensimmäinen transihminen ketä [lääkäri] on ikinä nähnyt" ja joudun selittämään kehostani, mitä olen tehnyt sille, ja mitä transmies edes tarkoittaa. Esim. paikallisestrogeenireseptin hankkiminen (alakerran kuivuuteen) oli todella vaikeaa ja vaivalloista. (Transmies, 23)

Olen monia kertoja tavannut eri lääkäreitä ja hoitajia mielenterveysongelmien takia terveydenhuollossa. Joudun usein kertomaan omasta taustasta, elämänkuormituksista ja muista ongelmista, ja usein transhoidot tulee keskusteluissa ilmi. Monesti saan kertoa yleisesti transhoidoista ja muista sen käytännöistä, koska perus terveydenhuollolla ei ole tarpeeksi tietoa ja kokemusta näistä asioista. Se on itselle hyvin turhauttavaa ja uuvuttavaa. (Muunsukupuolinen, 25)

Nämä vastaajat kuvailevat tilanteita, joissa he kokevat joutuneensa valistamaan hoitohenkilöstöä transihmisyydestä tai sukupuolta vahvistavista hoidoista. Suhtautuminen hoitohenkilöstön kyselyyn heidän sukupuoleensa liittyvistä asioista vaihtelee. Jotkut kokevat kyselyn neutraalina asiana, jos se tehdään asiallisesti, kun taas moni kokee selittelyn turhauttavaksi varsinkin sen toistuessa. Muutama informantti kuvaa selittämistä ahdistavaksi ja nöyryyttäväksi.

Hoitohenkilöstön valistuksen ja opastuksen uuvuttavuuden kokemukset toistuvat myös aiemmissa tutkimuksissa (Nordmarken & Kelly 2014; Lindroth 2016). Yksilöllisestä suhtautumistavasta riippumatta selvää on, että hoitohenkilöstön yleinen tiedonpuute on taakka sukupuolivähemmistöille. He saattavat joutua selittämään samat asiat uusille terveydenhuollon ammattihenkilöille joka kerta, kun he asioivat terveydenhuollossa. Samoin kuin Poteatin ym. (2013) tutkimuksessa, myös tämän tutkimuksen informantit kertovat olettavansa usein jo valmiiksi hoitohenkilöstön tietämättömyyden.

Tutkimuksen vastaajat kuvaavat myös sitä, miten heidän on vaikeaa löytää ymmärtävää ja asiantuntevaa ammattiapua sukupuolikokemuksestaan puhumiseen terveydenhuollossa.

Ja jopa ennen prosessiakin, olisi kiva jos olisi mahdollisuus käydä juttelemassa omasta sukupuolesta jonkun kanssa, jos on epävarma olo. Tuntuu, että sitä ei aina ole, tai ei ainakaan löydy helpolla. (Mies/transmies, 23)

Terveystieteidenhuollolta näyttäisikin puuttuvan valmiuksia kohdata paitsi sukupuolen moninaisuutta ylipäättään myös sukupuolivähemmistöihin kuuluvien potilaiden erityistarpeita. Siinä missä moni ihminen voi olettaa löytävänsä apua ja neuvoja fyysiseen ja mielenterveyteensä liittyviin asioihin terveydenhuollosta, tätä kuvataan sukupuolivähemmistöjen kertomuksissa epätodennäköisenä ja hoitohenkilöstön oletetaan olevan kaikin puolin tietämättömiä.

### 6.1.2. Väärinsukupuolittaminen

Toinen yleistä terveydenhuoltoa koskevista teemoista on väärinsukupuolittaminen eli yksilön asettaminen sukupuolikategoriaan, johon hän ei kuulu. Nordmarken ja Kelly (2014) lukevat väärinsukupuolittamisen mikroaggressioksi, joka on suoraa ja välillistä syrjintää hienovaraisempi tapa osoittaa negatiivista suhtautumista toiseen ihmiseen. Kuten McLemorenkin (2015) yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa ilmenee, ovat kokemukset väärinsukupuolittamisesta sukupuolivähemmistöjen keskuudessa yleisiä. Tutkimukseni informantit kertovat sitä tapahtuvan sekä kasvokkaisissa kohtaamisissa terveydenhuollossa että asiointia koskevissa kirjallisissa raporteissa kuten potilaskertomuksissa.

Väärinsukupuolittamisella on useita syitä ja ilmenemismuotoja, joista yksi on sukupuolen olettaminen. Sukupuolen olettamisesta johtuvaa väärinsukupuolittamista esiintyy informanttien kertomuksissa paljon.

Lääkärit ja hoitajat työttelee joskus, olettavat minun olevan nainen. Se tuntuu epämukavalta ja turhalta. Käynneistä jää yleensä kuitenkin ihan ok mieli, jos työntekijä on muuten mukava ja saan apua hakemaani vaivaan. Epikriisissä lukee aina "x ikäinen nainen" ja se tuntuu kans tyhmältä. (Muu tai sukupuoleton, 24)

[K]un terveyden hoitajan on täytynyt soittaa puhelimella lääkärille niin ne aina kutsuvat minua naiseksi tai nuoreksi naiseksi (esim. minulla on tässä \_vuotias nuori nainen joka....). [V]ain yhden kerran hoitaja ei kutsunut minua naiseksi vaan käytti sukupuolineutraaleja sanoja kuvaillessaan minua lääkärille. [M]ulla on vielä juridinen sukupuoli merkintä naisena, mutta suurimmassa osassa näistä käynneistä nimi on ollut "miehen" nimi ja kaikissa käynneissä pukeutuminen/hiukset on ollut "poikamainen". (Mies ja transmies, 20)

Vastaajat kuvaavat oletuksiin perustuvan väärinsukupuolittamisen olevan toistuvaa terveydenhuollossa, ja toisen esimerkin informantti mainitsee hänestä sukupuolineutraalisti puhumisen vastaanotolla poikkeustapauksena. Vastaajien suhtautuminen tällaiseen väärinsukupuolittamiseen vaihtelee. Jotkut kertovat jopa tottuneensa oletuksiin, mutta hyvin moni kuvaa oletuksiin perustuvaa väärinsukupuolittamista epämiellyttävänä kokemuksena.

Sukupuolijärjestelmään kuuluva kaksijakoinen ja olemuksellinen käsitys sukupuolesta sulkee siihen sopimattomat ihmiset ymmärryksen ja hyväksynnän ulkopuolelle (Butler 2004; Juvonen 2016, 48). Ajatus siitä, että cissukupuolinen nainen ja mies ovat ainoat todelliset sukupuolet, näkyy aiempien tutkimusten mukaan terveydenhuollon ammattihenkilöiden tavoissa kohdella transpotilaita. Väärinsukupuolittaminen perustuukin cisnormatiivisiin käsityksiin sukupuolesta helposti nimestä, henkilötunnuksesta, kehosta tai sukupuolen ilmaisusta pääteltävänä seikkana (Repka & Repka 2013; Nordmarken & Kelly 2014). Kuten vastaajien kokemukset sukupuolen olettamisesta osoittavat, näihin käsityksiin sopimattomia sukupuolia ei usein tunnisteta mahdollisiksi.

Normatiivisiin oletuksiin perustuvan, oletettavasti vahingossa tapahtuvan väärinsukupuolittamisen lisäksi tutkimukseni vastaajat kuvaavat myös tilanteita, joissa väärinsukupuolittaminen ilmenee selkeästi tahallisempana toimintana.

Minulla on edelleen väärä sukupuolimerkintä henkilötunnuksen mukaan ja minut välillä kohdataan naisena terveydenhuollossa, vaikka olen mies ja näytän mieheltä. Merkintä paljastaa taustani sellaisissakin yhteyksissä, joissa tietoa ei tarvita hoidon kannalta. Myös arvet rintakehässä aiheuttavat inhottavia tilanteita. Kun kerron mistä ne ovat (mastektomia), minut saatetaan sukupuolittaa naiseksi. Edellä mainittu tekee korkean kynnyksen esimerkiksi menossa hierontaan. -- Väärinsukupuolittaminen sattuu henkisesti ja se mitätöi identiteettini. (Mies, 28)

Lääkärit ovat olleet paikan päällä aina neutraalin hyväksyviä, mutta potilaskertomukset omakannassa ovat täynnä kummallisia (väärin)sukupuolittavia lausahduksia, kuten "nuori nainen, pukeutuu poikamaisesti". (Muunsukupuolinen/sukupuoleton, 24)

Kuten toinen näistä informanteista, useat vastaajat kertovat näkevänsä potilaskertomuksissaan toistuvaa väärinsukupuolittamista. Vaikka terveydenhuollon ammattihenkilö potilastapaamisessa näyttäisi ymmärtävän ja suhtautuvan neutraalisti potilaan sukupuoleen, on joissain kirjallisissa lausunnoissa tulkinnasta riippuen joko tukeuduttu lääketieteen ohjaamiin terveydenhuollon normatiivisiin sukupuoli-aotteluihin tai

paljastettu todellinen suhtautuminen asiaan. Joka tapauksessa tämä voi aiheuttaa potilaassa kokemuksen siitä, ettei hän ole tullut asioinnillaan kuulluksi ja ymmärretyksi.

Samanlaista suhtautumisen vaihtelua esiintyy vastaajien kuvauksissa tilanteista, joissa heitä tai heidän kehoaan on sukupuolitettu heidän anatomiansa perusteella juridisen sukupuolen, itsemäärittelyn ja jopa muun ulkonäön tulkintojen sijaan, kuten ensimmäinen vastaaja kertoo.

Minulla on nykyään miehen hetu ja miesoletetun ulkonäkö, joten joudun joissain tilanteissa (kuten virtsatietulehduskokeissa) selittämään lääkärille, ettei minulla ole penistä. Ainakin kerran tämä on johtanut siihen, että asian tultua ilmi lääkäri onkin ruvennut viittamaan anatomiaani "naisen kehona". (Non-binary, 27)

Määritelmä syntyyään mies käytetään. Haluaisin että minua pidettäisi naisena ja minusta käytettäisi ilmaisua nainen. Niin ei varmasti tapahdu ikinä. (Transsukupuolinen nainen, 29)

Informantit kuvaavat näissä esimerkeissä sukupuolitettuja tapoja, joilla terveydenhuollon ammattihenkilöt viittaavat heidän kehoihinsa sekä transihmisyyteen liittyviä ilmaisuja, jotka väärinsukupuolittavat heitä. Lääketieteessä oletettuja ja hyväksytyjä kehoja ovat historiallisesti olleet sellaiset, jotka sopivat olemukselliseen ja kaksijakoiseen sukupuolikäsitykseen (Tainio 2013, 21–23; Kärnä ym. 2018, 2633). Samalla sukupuoli on yhdistetty tiukasti anatomiaan ja sen avulla syntymässä määritettyyn sukupuoleen (Butler 2004; Bettcher 2014, 402). Nämä oletukset näkyvät selvästi sukupuolivähemmistöjen kokemuksissa väärinsukupuolittamisesta.

Yksi sukupuolinormeja rikkovien ihmisten hallinnoinnin tavoista on heidän kokemustensa kieltäminen (Butler 2004; Aarnipuu 2008, 121–126). Väärinsukupuolittaminen, joka alkaa potilaan kehollisten ominaisuuksien tai transihmisyyden tullessa esille tapaamisessa, on selvästi tahallista vallankäyttöä, jolla potilaan sukupuoli kyseenalaistetaan. Tahalliseksi tulkittavia ovat erityisesti sellaiset informanttien kertomukset, joissa väärinsukupuolittaminen on jatkunut huomautuksista huolimatta.

Jos olen esimerkiksi psykologille sukupuolestani kertonut, on hän saattanut aluksi ottaa sen ihan hyvin mutta kohta kuitenkin taas jatkuvasti väärinsukupuolettanut. (Muunsukupuolinen/sukupuoleton, 25)

[S]ukupuoleni ja sukupuolen ilmaisuni tulee esille jokaisella lääkäriajalla. Lääkärit/hoitajat eivät usko, että miehen nimellä ja -hetulla hoitoon tuleva

henkilö on "minun näköiseni" eli enemmän androgyyni kuin maskuliininen. Puhutellaan neitinä ja nuorena naisena, vaikka kuinka on hetu ja nimi muutettu. Jopa migreenilääkkeitä koskevan käynnin potilaspäiväkirjassa mainitaan useammin ulkonäköni ja tapani pukeutua. (Gnc mies, 22)

Kuten näistä esimerkeistä ilmenee, sukupuolivähemmistöjen väärinsukupuolittamista tapahtuu informanttien mukaan terveydenhuollossa paitsi oletuksiin perustuvana myös tahallisen ja toistuvana toimintana. Siinä missä jotkut terveydenhuollon ammattihenkilöt korjaavat virheensä niistä huomautettaessa, toiset eivät kunnioita sukupuolen itsemäärittelyä, vaan viittaavat potilaisiin virallisten potilastietojen tai ulkonäöstä tekemiensä päätelmien ja niihin liittyvien sukupuolikäsitysten mukaisesti.

Marika Haataja (2019) on huomauttanut, että moninaisemmaksi ja joustavammaksi muuttuva ymmärrys sukupuolesta ei ole pääsääntöisesti onnistunut ylittämään sukupuolen kaksijakoa biologisiin naisiin ja miehiin. Sukupuolen yhdistäminen tiukasti anatomiaan tai syntymässä määritettyyn sukupuoleen voikin tarkoittaa sukupuoli-identiteetin näkemistä toisarvoisena seikkana, kuten Butler (2004) ja Bettcherkin (2014) ovat huomauttaneet. Vaikka terveydenhuollon ammattihenkilö muuten suhtautuisikin kunnioittavasti sukupuolen itsemäärittelyyn tai olettaisi transnaisen tai -miehen sukupuolen oikein, ”syntymäsuopuolesta” tai esimerkiksi ”miehen kehosta” transnaisen tapauksessa puhuminen torjuu potilaan sukupuolikokemuksen. Näin se on myös vallankäyttöä, joka ylläpitää käsitystä sukupuolesta olemuksellisenä ja kaksijakoisena (Tainio 2013, 18, 29). Tutkimukseni informanttien keskuudessa suhtautuminen tällaiseen kielenkäyttöön vaihtelee, mutta monet ilmaisevat sen vaivaavan ja kuormittavan heitä varsinkin toistuessaan.

### **6.1.3. Häirintä ja epäasiallinen kohtelu**

Aiemmissa tutkimuksissa (Nordmarken & Kelly 2014; Lindroth 2016) transihmisten on havaittu kokevan usein suoran epäkunnioittavaa ja vihamielistä käytöstä hoitohenkilöstöltä. Kolmas aineiston yleisistä teemoista liittyikin häirinnän ja muun epäasiallisen kohtelun kokemuksiin terveydenhuollossa. Sukupuoleen perustuvalla häirinnällä tarkoitetaan tasa-arvolaissa (609/1986) käytöstä, jolla loukataan henkilön henkistä tai fyysistä koskemattomuutta ja luodaan esimerkiksi nöyryyttävä, ahdistava tai vihamielinen ilmapiiri. Sivuan tarkastelussani myös seksuaalista häirintää, joka määrittyy samoin tavoin, mutta on luonteeltaan seksuaalista. Häirinnäksi tulkittavia kokemuksia on aineistossa paljon, ja

yksittäistapausten sijaan ne ovat usein toistuvia eri terveydenhuollon ammattihenkilöiden kanssa. Erilaisten kokemusten tulkitsemisessa on liikkuvuutta, ja tähän teemaan kuuluvissa kertomuksissa esiintyy myös tiedonpuutteeseen liittyviä kommentteja sekä tahallista väärinsukupuolittamista. Keskityn kuitenkin tässä osiossa laajemmin kertomuksiin, jotka tulkintani mukaan ilmentävät häirintää tai muuta erityisen epäasiallista kohtelua.

Monet informantit kertovat kohdanneensa terveydenhuollossa epäasiallista ja häirinnäksi luettavaa kyselyä sekä kommentointia hoitoon liittymättömistä asioista. Vastaajat kuvaavat ensinnäkin epäasiallisia kysymyksiä sukupuolesta ja seksuaalisuudesta.

Kun ensimmäisen kerran kerroin sukupuolestani, [psykiatrinen sairaanhoitaja] alkoi kysyä seksuaalisesta suuntautumisestani sekä udella kumppanini seksuaalisuudesta. (Transgender/muunsukupuolinen, 26)

Negatiivisia kokemuksia on julkiselta puolelta mm. liiallinen utelu esim. miksi lähdin prosessiin, vanhan nimen kysyminen ilman, että tajutaan, että sen sanomien ja siitä puhuminen on hyvin traumaattista ja kamalaa, termit on monella hukassa, ja lisäksi harmi vain esim. terapeutti julkisella ei oikeastaan tiedä näistä trans asioista kauheasti mitään. (Mies, 27)

Tällaisen epäasiallisen utelun osa vastaajista kokee epämiellyttävänä ja jopa nöyryyttävänä. Aineistossa esiin tullut häirintä eli tungetteleva utelu ja kommentit ovat samansuuntaisia ruotsalaisen Lindrothin (2016) tutkimuksen kanssa.

Tiedonpuutteesta ja mielenkiinnosta mahdollisesti johtuvan utelun lisäksi informantit kertovat tilanteista, joissa he ovat kokeneet kohdanneensa työkeää ja jopa vihamielistä suhtautumista terveydenhuollon ammattihenkilöiltä sukupuolensa takia.

Kohtaaminen on usein kylmää ja tietämätöntä. Olen saanut paljon varsinkin alussa tylyä käyttäytymistä osakseni. Mm. Et saa ikinä kertoa vanhemillesi olevasi transsukupuolinen. Sitte ku kerroin ni hoitajani lopetti hoitosuhteen. Pelkään mennä terveydenhuoltoon. (Transsukupuolinen nainen, 29)

Kyseinen vastaaja kertoo tylyistä ja tuomitsevista kommenteista sekä hoitosuhteen odottamattomasta päättymisestä, jonka hän yhdistää avoimuuteen transsukupuolisuudestaan. Seuraava informantti taas kuvaa kokemusta, jossa yhdistyvät tahallinen ja toistuva väärinsukupuolittaminen sekä selkeän vihamieliseksi tulkittu muu käytös, jonka vastaaja on kokenut ahdistavaksi.

Olen käynyt tasan kerran elämässäni sukupuolitauteitesteissä, enkä mielelläni mene enää uudestaan. Koin tilanteen erittäin ahdistavaksi, sillä henkilökunta ei peitellyt inhoaan minua kohtaan, luultavasti koska olen lgbt-ihminen. He

laittoivat minut tekemään asioita, jollaisista en ole kuullut keneltäkään tuttavaltani, jotka ovat testeissä käyneet. Lisäksi he kutsuivat minua toistuvasti ja painokkailla äänenpainoilla erinäisillä juridiseen sukupuoleeni viittaavilla termeillä, vaikka olin rastittanut esitietolomakkeeseen vaihtoehdon "muu". (Muunsukupuolinen, 23)

Aineistoesimerkkien kaltaisia kokemuksia on vaikea edes yrittää tulkita muuksi kuin sukupuoleen perustuvaksi häirinnäksi. Tylyt kommentit ja torjuva suhtautuminen ovat toistuvia mainintoja informanttien kertomuksissa kokemuksistaan eivätkä suinkaan poikkeustapauksia.

Hoitohenkilöstön asiaton käytös on hyvin monenlaista ja liittyy usein tahalliseen väärinsukupuolittamiseen. Seuraava aineistonäyte kuvaa häirinnän kokemuksia, joissa ilmenee sekä sukupuoleen perustuvaa että seksuaalista häirintää.

Normaalilla terveyskeskuskäynnillä lääkäri ekg.n tuloksia katsottaessa kysyi miksi tiedoissa lukee että käyn psyk.polilla (transpoli). [T]ämän jälkeen kertoi asiattomasti oman mielipiteensä sukupuolestani ja kommentoi sitä että "noin nätti nuori nainen, niin ei kannata lähteä leikkelee itteään." [A]hdistava kokemus, eikä helpota ajatuksia terveydenhuollosta sukupuolivähemmistöön kuuluvana. Myös mielenterveyden hoidon parissa pari hoitajaa/lääkärää on kommentoinut esim ulkonäköäni sukupuoleen liittyen ja yksi lääkäri ei ymmärtänyt eroa sukupuoleni ja seksuaalisuuteni välillä ja kyseli tarpeettomasti mm. masturbointitavoistani. Kokemus oli nöyryyttävä enkä suostu enää menemään kys[eiselle] lääkärielle. (Muunsukupuolinen transmaskuliini, 25)

Epäasiallisen utelun ja kommentoinnin kokemusten yleisyys kertoo paljon hoitohenkilöstön suhtautumisesta sukupuolivähemmistöihin. Koska heidän sukupuolensa eivät ole ymmärrettäviä kaksijakoisessa sukupuolijärjestelmässä, myös heidän inhimillisyytensä kyseenalaistuu (Butler 1993; Lahti 2019, 36–38). Kaikki terveydenhuollon ammattihenkilöt eivät vaikutakaan näkevän sukupuolivähemmistöjä samanlaisen kunnioittavan kohtelun arvoisena kuin cissukupuolisia ihmisiä. Edellisessä esimerkissä ilmenee usean muunkin informantin kuvaamaa sukupuolikokemuksen vähättelyä, kun terveydenhuollon ammattihenkilö pitää aiheellisena jakaa mielipiteensä potilaan sukupuolesta tai aikeista sukupuolen korjausprosessin suhteen. Myös aiemmassa tutkimuksessa (Nordmarken & Kelly 2014) on havaittu hoitohenkilöstön vähättelevän usein transpotilaiden kokemuksia ja identiteettiä. Tämä liittyy cisnormatiiviseen käsitykseen, jonka mukaan transihmisten sukupuolet ovat cisihmisten määritettävissä (Nordmarken & Kelly 2014, 161).



Tämänkaltaiset huonot kokemukset terveydenhuollossa asioinnista saavat sukupuolivähemmistöihin kuuluvat ihmiset monesti pelkäämään tulevaa kohtelua. Yli puolet tutkimukseni informanteista ilmaisevat epäröivänsä asiointia terveydenhuollossa, ja suurella osalla tämä liittyy aiempiin huonoihin kokemuksiin.

Lääkärikäynnit ovat usein stressaavia muutenkin, ja väärinsukupuolittamisen pelko tai yleisesti epäasiallisuus lisäävät stressiä, kun ei koskaan tiedä hoitohenkilökunnan asenteesta. (Muunsukupuolinen transihminen, 23)

Etenkin ennen sukupuolen juridista vahvistamista saatoin jättää kokonaan menemättä lääkäriin, sillä en jaksanut kohdata selittämistä joka kerta. Odotan myös aina kommentointia tai ongelmieni vähättelyä. (Mies, 24)

Kokemukset kohtaamisista, joita määrittävät hoitohenkilöstön hämmennys, väärinsukupuolittaminen tai epäasialliset kommentit ja häirintä, aiheuttavat sukupuolivähemmistöjen keskuudessa epäröintiä ja stressiä terveydenhuoltoon hakeutumisessa. Varsinkin toistuessaan suora tai hienovaraisempikin terveydenhuollon ammattihenkilöiden negatiivinen suhtautuminen on kuormittavaa. Häirintä ja muu epäasiallinen kohtelu voivat aiheuttaa terveydenhuollon välttelyä (Poteat ym. 2013, 23; Lindroth 2016, 3516; Ross ym. 2016, 239). Tämä vaikuttaa sukupuolivähemmistöjen eriarvoiseen asemaan terveydenhuollon asiakkaina.

#### **6.1.4. Neutraalit ja turvalliset kohtaamiset**

Sukupuolivähemmistöjen terveydenhuoltoa tarkastellaan usein siihen liittyvien ongelmien näkökulmasta, ja kolme ensimmäistä teemaa kuvaavat kasvokkain kohtaisiin sekä niiden jälkiraportointiin liittyviä epäkohtia. Sukupuolivähemmistöjen kokemukset kohtaamisista hoitohenkilöstön kanssa eivät kuitenkaan ole pelkästään negatiivisia. Noin puolella niistä vastaajista, joiden kohdalla sukupuoli tai sen ilmaisu on ollut esillä terveydenhuollossa, on asiasta myös neutraaleja, asiallisia ja turvalliseksi kuvattuja kokemuksia. Ne muodostavat neljännän yleistä terveydenhuoltoa koskevista teemoista.

Siinä missä aiemmat teemat kuvaavat epäkohtia terveydenhuollossa sukupuolivähemmistöjen kohtaamisen suhteen, kertovat seuraavat kuvaukset miellyttäviä kohtaamisia mahdollistavista tekijöistä.

Olen joitakin kertoja itse sanonut olevani transsukupuolinen, olevani transtutkimuksissa tai käyttäväni testosteronia. [V]älillä minua on alunperin oletettu mieheksi ulkonäköni perusteella mutta papereissani lukee nainen. [E]n ole kohdannut juurikaan epäasiallista kohtelua näissä tilanteissa. [A]siasta on harvemmin tullut isommin puhetta, ja olen pitänyt siitä että minulta ei tiukata tarkemmin yksityiskohtia sukupuolestani. (Ei määrittele, 25)

En ole koskaan kohdannut tilannetta jossa sukupuoleni olisi esiintynyt haasteena. En ole epäröinyt käyttää terveydenhuollon palveluita, sillä uskon koen ettei saamani kohtelu riipu sukupuolestani. (Nonbinary, 26)

Näissä aineistonäytteissä informantit ilmaisevat uskoa ja luottamusta terveydenhuollon ammattihenkilöiden asialliseen käytökseen ja hyvään kohteluunsa. Luottamusta ylläpitävät kokemukset, joissa hoitohenkilöstö on suhtautunut heidän sukupuoleensa tai sen ilmaisuun ”neutraalisti ja ammattimaisesti”, kuten aineistossa eräs 25-vuotias transmies asian tiivistää. Sukupuolen olettamistakaan ei välttämättä koeta epämiellyttäväksi, jos terveydenhuollon ammattihenkilö ei takerru asiaan ja kohtelee potilasta asiallisesti.

Rossin ym. (2016) tutkimuksessa ensisijaiset sukupuolivähemmistöjen potilastyytyväisyyttä mahdollistavat tekijät ovat hoitohenkilöstön tietoisuus sukupuolen moninaisuudesta sekä kunnioittava suhtautuminen. Sama toistuu tässä tutkimuksessa. Tiedonpuute sukupuolivähemmistöjen erityistarpeista ei myöskään ole kaikissa tapauksissa terveydenhuoltokokemusta huonontava seikka, vaan asiallinen ja kunnioittava suhtautuminen voi paikata puutteita tietotasossa.

Hain lähetteen yksityiseltä lääkärivastaanotolta [nimi]. Varasin ajan netissä. Esitietoihin piti kirjoittaa käynnin syy. Hoitaja soitti perään ja sanoi, ettei lääkäriellä ole kokemusta lähetteen kirjoittamisesta, että voisinko antaa lääkärielle muutaman päivän aikaa tutustua käytäntöön. Lupasin odottaa. Sitten kun käyntipäivä koitti lääkäri oli hyvin valmistautunut ja -- kyselyt ja tutkimukset kävi luontevasti. Lääkäri laittoi lähetteen eteenpäin. (Muunsukupuolinen, 47)

Olen neuvolan asiakas ja toin jo esitietolomakkeessa oman sukupuoleni esille. Halusin varmistaa että en kohtaa yllättävää väärinsukupuolittamista. Neuvolan terveydenhoitaja on suhtautunut ihan todella hyvin! Hän on ollut kunnioittava, kysynyt vanhemmuussanat ja kuinka lapsen sukupuolesta puhutaan vai puhutaanko. Hän kunnioittaa itsemääräämisoikeutta täysin ja ei kyseenalaista kokemuksiani. Kehodysforiaan on suhtauduttu ymmärryksellä, esitelty saatavilla olevia tukipalveluita ja keuhuttu vertaistuen etsimisestä. Hän on myös ollut aidosti kiinnostunut kuuntelemaan sateenkaariperheasioista, mutta ei ole odottanut että häntä koulutetaan. (Muunsukupuolinen genderfluid, 34)

Ensimmäisessä aineistoesimerkissä informantti kuvaa, miten lääkäri oli tunnistanut tiedonpuutteen lähetteen kirjoittamisesta transpolille ja selvittänyt asian ennen potilastapaamista. Näin ei jäänyt potilaan vastuulle opastaa hoitohenkilöstöä. Kuten toinen näyte taas osoittaa, uteliaisuus voidaan kokea neutraalina asiana, kun se on osa asiallista ja miellyttävää kohtaamista terveydenhuollossa ja potilas kokee tulevansa kuulluksi.

Informanttien kertomusten perusteella etenkin sukupuolen korjausprosessin läpi käyneillä transnaisilla ja -miehillä on terveydenhuollosta hyviä tai neutraaleja kokemuksia. Jotkut vastaajat kertovat myös huomanneensa muutoksia kohtelussaan sukupuolta vahvistavien hoitojen ja ulkonäön muutosten myötä. Seuraavat näytteet kuvaavat tätä kokemusta suhtautumisen muutoksesta kunnioittavaksi ja neutraalimmaksi.

Olen ollut nyt pari vuotta hormonihoidolla ja käynyt rintakehäkirurgian vuosi sitten. Otaksun, että nämä seikat vaikuttavat siihen että minut kohdataan identiteettiäni kyseenalaistamatta. Ennen hoitoja minua väärinsukupuolitettiin usein ja koin sen todella uuvuttavaksi. Nykyään minut kuitenkin nähdään miehenä, joten asian kanssa ei ole enää ongelmaa. Koen, että yleisesti ottaen minut kohdataan kunnioittaen. Identiteetikokemustani ei esimerkiksi haasteta tai vähätellä, vaan minut kohdataan potilaana siinä missä kuka tahansa muukin. (Mies tai transmies, 23)

[N]ykyään menen läpi ja transasia tulee esille vain jos tuon sen julki. [K]un en vielä mennyt läpi, asia tuli useasti puheeksi vaikka se ei olisi käynnin kannalta oleellista. (Transmies, 27)

Lääketieteessä sukupuolen moninaisuuden ymmärrys on perustunut binäärisille transsukupuolisille heidän sukupuoltaan vastaavan naisellisen tai miehisen ulkomuodon tuottamiseen (Aarnipuu 2008, 134; Tainio 2013, 21–23). Näihin käsityksiin sopivien transnaisten ja -miesten kohtaaminen ei olekaan hoitohenkilöstölle välttämättä yhtä vierasta ja hämmentävää kuin niiden transihmisten, joiden ulkonäkö ja juridinen sukupuoli eivät sovi normatiivisten odotusten mukaisesti yhteen.

Koska epämiellyttävät kokemukset terveydenhuollosta ovat monilla informanteilla yleisiä, muistellaan hyviä kokemuksia lämmöllä.

Sain lähetteen [transpolille] helposti terveyskeskuksestani. Lääkäri oli asiallinen, mukava ja kannustava, sekä halusi aidosti kuunnella ja auttaa minua. Minulla ei ollut ongelmia lähetteen kanssa ja tunsin oloni ymmärretyksi, hyväksytyksi ja kuunnelluksi. (Sukupuoleton, 21)

Psykiatrinen hoitajani ja lääkärieni ovat molemmat kokeneita transihmisten kanssa toimimisessa ja osaavat sensitiivisen sanaston. Vastikään kohtaamani nefrologikaan ei ihmetellyt sitä että käytössäni on [testosteronivalmiste], eikä

kertaakaan käynnin aikana puhunut naisten tai miesten viitearvoista vaan yleisellä tasolla. Kokemukseni siis ovat lähinnä positiivisia, kohdalleni on osunut ymmärtäviä, fiksuja ja kokeneita ammattilaisia. (Transmaskuliini, 32)

Monet kiittelevät kertomuksissaan terveydenhuollon ammattihenkilöitä hyvästä ja ymmärtäväisestä kohtelusta. Kiitosta saavat erityisesti hoitohenkilöstön jäsenet, jotka eivät tee oletuksia sukupuolesta, käyttävät sukupuolineutraaleja ilmaisuja ja ovat mukautuvia sukupuolivähemmistöjen erityistarpeita kohtaan.

Seuraavassa näytteessä informantti kuvaa, miten hoitohenkilöstö on paitsi välttänyt sukupuolittavia sanoja myös osannut ottaa sukupuolikokemuksen asianmukaisesti huomioon tarvittaessa ja suhtautunut ymmärtäväisesti erityistarpeisiin kuten rintakehää muotoilevan liivin käyttöön.

Parhaat hoitokokemukset ovat olleet henkilökunnan kanssa joka ei ole olettanut mitään, tehnyt minkäänlaisia sukupuolittavia ilmauksia, ja jos sukupuoli on muuten tullut esille, ottanut transsukupuolisuuteni täysin neutraalisti. Edellinen fysioterapiakäyntini oli tällainen, ja fysioterapeutti ymmärsi täysin binderini elintärkeyden. Hän totesi jotain siihen suuntaan, että 'joo tottakai fysioterapeutti miettii että joku tällainen este asiakkaan terveydessä pitäisi vain poistaa ja asiat korjautuisivat', mutta että hän ymmärtää täysin elämän realiteetit ja sen vaikeuden mikä asiakkaalla itselläänkin on jonkin niin kehoa vahingoittavan mutta tärkeän asian kuin binderin kanssa. Hän totesi, että työskennellään asian ympäri. Oli todella nähty ja kunnioitettu olo, koska hän ei mitenkään keskittynyt transsukupuolisuuteeni, vaan asia oli ihan normaali asia muiden joukossa. (Transmies, 21)

Ross ym. (2016) huomauttavat, että terveydenhuollon ammattihenkilöitä, joilla on koulutuksen ylittävää ymmärrystä sukupuolta koskevissa asioissa, pidetään selvästi suuressa arvossa. Tämä korostuu tutkimukseni osallistujien hyviksi koetuissa kokemuksissa.

#### **6.1.5. Sopimattomuus sukupuolitettuihin tiloihin ja tilanteisiin**

Terveydenhuollon hoitohenkilöstön yksilöllisestä suhtautumisesta riippumatta monet terveydenhuollon järjestelmät ja käytännöt sulkevat sukupuolen moninaisuuden ulkopuolelleen ja tekevät asioinnista terveydenhuollossa haastavaa sukupuolivähemmistöille. Viides teemoista koskeekin sukupuolivähemmistöjen sopimattomuutta erilaisiin sukupuolitettuihin tilanteisiin ja tiloihin terveydenhuollossa.

Tämän voi muotoilla myös toisinpäin terveydenhuollon järjestelmien sopimattomuutena sukupuolivähemmistöille.

Yhteiskunnassa vallitsevat sukupuolinormit asettavat raamit terveydenhuollon kohtaamisille. Vallitsevan sukupuolijärjestelmän kaksijakoisuus ulottuu terveydenhuoltoon rakennetasolla niin, että monissa käytännöissä terveydenhuollon järjestelmä tiedostaa vain kaksi sukupuolta. Sukupuoli tulee usein ”merkata moneen paikkaan edelleen binääriin mukaan”, kuten eräs 34-vuotias muunsukupuolinen vastaaja kertoo. Aiemmissakin tutkimuksissa (Repka & Repka 2013; Nordmarken & Kelly 2014; Motmans ym. 2019) on todettu terveydenhuollon järjestelmien toimivan usein kaksijakoisen sukupuolikäsityksen varassa ja ehdoilla.

Tutkimukseni aineistossa kokemukset, joissa terveydenhuollon sukupuolitettut käytännöt ja odotukset vaikeuttavat asiointia terveydenhuollossa, ovat yleisiä.

Terveydenhuollossa monia asioita on myös sukupuolitettu turhan takia ja usein käytetään turhaan sukupuolittavia sanoja/sanontoja esim. nuori mies, terve tyttö yms. (Muunsukupuolinen, 20)

Jos soittaa lääkärille ja puheääni ei vastaa sukupuolta, hoitaja saattaa epäillä soittajaa. Henkilötunnus ja nimi ovat isoja kynnyksiä terveydenhuollossa. (Transmaskuliininen, 23)

Informantit kertovat aineistoesimerkeissä kaksijakoisen sukupuolikäsityksen näkymisestä sekä järjestelmätasolla että vuorovaikutuksessa hoitohenkilöstön kanssa, kun ihmisiä puhutellaan sukupuolitetuvin tavoin oletusten mukaan. Kyse ei siis ole pelkästään yksittäisissä kohtaamisissa tapahtuvasta väärinsukupuolittamisesta, vaan yleisestä sukupuolisidonnaisten sanojen käytöstä sukupuolineutraalien sijaan sekä järjestelmistä, jotka pakottavat kaikki ihmiset asettamaan itsensä yhteen kahdesta sukupuolikategoriasta. Jos potilaan henkilötunnus, nimi, keho ja sukupuolen ilmaisu eivät asetu selkeästi ja normatiivisesti nais-mies-akselille, voi tämä vaikeuttaa terveydenhuollossa asiointia.

Sopimattomuus terveydenhuollon sukupuolitettuihin järjestelmiin johtaa monilla sukupuolivähemmistöihin kuuluvilla siihen, että he joutuvat selittämään sukupuoltaan tai kehonsa ominaisuuksia hoitohenkilöstölle ennen vastaanotolle saapumista tai toimenpiteitä.

Olen transmaskuliini, ja minulle on tehty mastektomia. Minulla on kohtu, munasarjat ja naistyyppilliset sukuelimet. Tätä joutuu usein toteamaan, jos täytyy riisua ylä tai alavartaloa. Soittaessa aikaa papakokeeseen, on aloitettava puhelu toteamalla että miehen hetusta huolimatta olen menossa papaan.

Naistentautien poliklinikalla on hieman vaikeaa istua odotusaulassa. (Queer, 29)

Kuten tästäkin aineistoesimerkistä ilmenee, vahvasti sukupuolitetuissa tiloissa ja tilanteissa toimiminen voi olla sukupuolivähemmistöille erityisen epämukavaa.

Koska asiointi selvästi sukupuolitetuilla terveydenhuollon osa-alueilla, osastoilla ja toimenpiteissä koetaan usein vaikeaksi, monilla informanteista on korkea kynnys hakeutua esimerkiksi gynekologille tai hierojalle.

En käy ollenkaan gynekologilla transsukupuolisuuteni takia. Pelkään hoitotilannetta, ja myös odotushuonetilannetta, sillä olen ulkoisesti maskuliininen. (Transmies, 21)

Kävin kerran gynekologisessa tutkimuksessa yksityisellä klinikalla, jonka nimi viittasi feminiinisyyteen, kaikkialla oli kuvia naisista ja kaikki teksti oli suunnattu naisille, kaikki oli sisustettu vaaleanpunaisella. Minkäänlaista sukupuolisensitiivisyyttä ei klinikan tunnelmassa ollut ja se teki ahdistavasta tilanteesta vieläkin vaikeamman. Mutta muutenkin aina heti ovesta sisään kävellessä tietää että lääkäri/hoitaja on sukupuolittanut oman juridisen sukupuolen perusteella ja tekee kaikki valintansa sen pohjalta. (Muunsukupuolinen/sukupuoleton, 24)

Näissä aineistonäytteissä informantit kuvaavat gynekologin vastaanotolla asiointia vaikeuttavan odotukset naispotilaista sekä sen heijastuminen sukupuolitettuihin puhetapoihin. Transmiehenä tai muunsukupuolisena asioimista vastaanotolla, joka on suunnattu naisille ja jolla saatetaan puhua esimerkiksi ”naistenvaivoista”, kuvaavatkin useat informantit kiusallisena ja jopa ahdistavana. Muutama vastaaja kertoo myös, että he eivät ole saaneet terveydenhuollosta asiallista tietoa lisääntymisterveysasioista, sillä tieto on usein cisnormatiivista ja kieleltään binääristä. Tällaiset kirjallisen ilmaisun muodot sekä puhuvat sulkevat sukupuolen moninaisuuden ulkopuolelleen ja koetaan luotaantyöntäviksi.

Kun sukupuolen moninaisuutta ei oteta terveydenhuollossa järjestelmällisesti huomioon, jää puutteiden paikkaaminen hoitohenkilöstön vaihtelevan tietotason ja osaamisen varaan. Yksilötason kunnioittava ja asiantunteva toiminta voi transihmisten kokemuksissa paikata terveydenhuoltojärjestelmien puutteita ja epäkohtia (Ross ym. 2016), ja näin kuvaavat useat tämänkin tutkimuksen informantit. Se ei kuitenkaan korjaa olemassa olevia rakenteellisia ongelmia, jotka marginalisoivat ja etäännyttävät sukupuolivähemmistöjä terveydenhuollon asiakkuudesta.

## **6.2. Sukupuolivähemmistöjen kokemukset sukupuolen korjausprosessista**

Tässä osiossa käsittelen sukupuolivähemmistöjen kokemuksia sukupuolen korjausprosessin lääketieteellisistä osista ja erityisesti potilastapaamisista transpoleilla Helsingissä ja Tampereella. Määrittelen prosessiin kuuluviksi asioinneiksi sellaiset, joiden palveluntarjoajilla voi olettaa olevan asiantuntemusta transihmisten sukupuolta vahvistavista hoidoista. Kuten muusta terveydenhuollosta myös kokemukset näistä kohtaamisista ovat aineistossa moninaisia, ja samalla henkilöllä voi olla eri tahojen ja henkilöstön kohtaamisesta hyvin vaihtelevia kokemuksia. Informanttien kertomuksissa on kokonaisuutena kuitenkin huomattavasti enemmän yhtenäisyyttä kuin yleiseen terveydenhuoltoon liittyvissä kertomuksissa.

Tutkimukseni informanteista noin puolet (55 %) kertovat sukupuolen korjausprosessiin liittyvistä kokemuksista. Yleisiä teemoja näiden vastaajien kokemuksista muodostui analyysissä viisi. Ne ovat 1) valta-asetelma ja diagnoosikriteerien ongelmat, 2) rajoittavat normit prosessin sisällä, 3) epäasiallinen kohtelu ja kokemusten vähättely, 4) hyvät kokemukset positiivisena yllätyksenä sekä 5) pitkät odotusajat ja matkat.

### **6.2.1. Valta-asetelma ja diagnoosikriteerien ongelmat**

Lääketieteellä on historiallisesti ollut valta-asema paitsi transsukupuolisuuden asiantuntijana myös transihmisten hoidontarpeen määrittäjänä. Kun sukupuoliristiriitaa kokevat ihmiset on patologisoitu ja sukupuolidysforialle on kehitetty hoitokeinot ja hoitoon pääsyn kriteerit, samalla tämä valta-asema on institutionalisoitu ja tullut osaksi transihmisiä hallinnoivaa biopolitiikkaa. (Styker 2013, 153–154; Tainio 2013, 20; Bettcher 2014, 402; Stryker & Currah 2014, 4; Repo 2019, 87–91.) Ensimmäinen teemoista liittyikin transpolien hoitohenkilöstön valta-asemaan sukupuolta vahvistavien hoitojen portinvartijoina. Tutkimukseni informantit kuvaavat tätä valta-asemaa pääasiallisesti viivytyksiä, ahdistusta ja epämiellyttäviä kokemuksia aiheuttavana tekijänä. Monet kokevat myös sukupuolen korjausprosessin diagnoosikriteerit ja diagnosointiin liittyvät käytännöt epäreiluina ja rajoittavina.

Monet informantit kuvaavat ensinnäkin kokeneensa, että he eivät ole tulleet kuulluksi tai kohdatuksi avoimuudella transpolilla, vaan kanssakäymistä on määrittänyt paine vakuuttaa ja todistaa sukupuoli kokemus epäilevälle hoitohenkilöstölle. Eräs 29-vuotias transsukupuolinen nainen kuvaa prosessin tuntuneen ”matikankokeelta” ja siltä, ”että joka kerta olisi jossain tentissä”. Monet vastaajat kuvaavat kokemuksiaan transpoleilla myös ahdistaviksi ja pelottaviksi.

Transpoli itsessään prosessina on kyykyttävä, alentava ja ahdistava kokemus, jossa on pakko alistua jonkin ulkopuolisen käsitykseen omasta sukupuolestani. Sen sijaan, että minun kokemustani kunnioitettaisiin, minulle sanellaan, kuinka minun pitäisi tuntea ja mikä on normaalia. (Sukupuoleton, 21)

Transpolin huonoin kokemus oli hoitoihin pääsyä varten arvioineen psykologin kanssa, joka ei mitenkään päässyt kiinni siitä, miten koen oman sukupuoleni. Hän vain pommitti minua samanlaisilla ahdistavilla kysymyksillä, ja miten sitä muka voisi selittää niin itsestäänselvää asiaa kuin että miksi olen mies? Ei sille ole syytä, se vain on niin. Tilanne oli ihan kamala, ja hän jopa vitsaili sillä, että hän on tosiaan se päättävä voima siitä, että pääsenkö jatkamaan hoitoihin vai en. Hän yritti varmaan vain keventää tunnelmaa, mutta kyseessä oli tilanne, joka minulle ratkaisi, kuolenko vai elätkö. Ei naurattanut. (Transmies, 21)

Samoin kuin monet tämän tutkimuksen informantit, Irnin (2017) tutkimuksessa transihmiset kuvaavat potilaan valtaa prosessissa olemattomaksi ja hoitojärjestelmää pahimmillaan väkivallan järjestelmäksi. Butlerin (2004) mukaan kyseessä on hallintokoneisto, jossa transihmisillä on taakka vakuuttaa auktoriteetit sukupuolestaan.

Muutamien vastaajien mielestä transpoleilla on pääosin asiantuntevaa hoitohenkilöstöä, josta osa on pyrkinyt tekemään prosessin mahdollisimman helpoksi. Tästä huolimatta kokemuksissa korostuu, miten jäykkä ja vaativa sukupuolen korjausprosessin järjestelmä hankaloittaa potilaiden inhimillistä ja kunnioittavaa kohtelua. Monet vastaajista kuvaavat myös diagnosointiin liittyviä kriteerejä ja käytäntöjä rajoittuneina ja loukkaavina.

Muutama lääkäri on ollut asiallinen ja neutraali, mutta hoitotilanteen valta-asetelma on silti erittäin epämielinen. Heillä on kirjaimellisesti valta elämäni yli. (Transmies, 21)

Transpoliklinikan henkilökunta on asiansa osaavaa, joskin toisinaan töykeitä ja ajettelemattomia. Kuitenkin prosessiin kuuluvat kartoitukset, kysymykset ja lomakkeet ovat olleet ongelmallisia sekä loukkaavia eikä niiden hyödyllisyys ole kovin korkea ylipäätään sukupuolidysforian diagnosoimisessa. Ylipäätään transpoliklinikan henkilökunta vaikuttaa tekevänsä parhaansa, mutta suomalainen diagnostinen malli sekä lainsäädäntö pakottaa heidät



ylläpitämään järjestelmää, joka polkee joka askeleella sukupuolivähemmistöjen sormille. (Nainen, 30)

Psykiatriisiin diagnooseihin liittyy oletus, jonka mukaan potilas ei voi tietää tai määrittää hoidontarvettaan. Sukupuolen korjausprosessi perustuukin käsitykseen siitä, että hoitohenkilöstöllä on valta määrittää, ketkä potilaista täyttävät lääketieteen hallinnoimat diagnoosikriteerit ja sopivat siten sen käsityksiin transihmisyydestä. (Butler 2004, 76–77; Tainio 2013, 22; Bettcher 2014, 402.) Yksittäisen terveydenhuollon työntekijän asiallinen tai ymmärtäväinen suhtautuminen voi helpottaa diagnosointiprosessia, mutta se ei poista hoitotilanteissa vallitsevaa valta-asetelmaa tai diagnoosikriteerejä.

Monet informantit kuvaavat myös kokemuksia sukupuolen korjausprosessin viivästystä aiheuttavista tekijöistä ja suorasta torjunnasta.

Transpolilla vaaditaan mahdottomia, siis että pystyy selittämään mitä sukupuoli sulle merkitsee tms. Ja käydään koko elämäkerta läpi. Mielestäni tosi epäasiallista että tartuttiin esim. siihen että minua on joskus lyhyen aikaa kiusattu koulussa. En ole vielä saanut sitä diagnoosia minkä tarvitsisin jotta saisin toivomani hoidot. (Transfeminiini, 32)

Aluksi minun piti osallistua parin kuukauden pituiseen "transsensitiiviseen terapiaan" ja senkin jälkeen varmuuttani sukupuolestani epäiltiin, ja sain 6kk "jäähyn". Nyt minulla olisi mahdollisuus jatkaa prosessia, mutta polilla asiointi tuntui jotenkin niin raskaalta, että minulle ei jäänyt siitä kauhean hyvää vaikutelmaa. En saanut lääkäriltä tukea, vaan pelkkää faktojen luettelua. (Välillä muunsukupuolinen, välillä mies, 23)

Jäähyillä toinen vastaaja tarkoittaa tutkimusjakson keskeytystä määräajaksi, jonka jälkeen se voi jatkua. Tällaiset tilanteet, joissa pääsy elintärkeiksi usein koettuihin hoitoihin viivästyy tai estyy, voivat aiheuttaa stressin, ahdistuksen tai lannistumisen tunteita. Transpolien hoitohenkilöstöllä on sukupuolen korjausprosessin kulun määrittämisessä niin vahva auktoriteettiasema, että päätöksiä on vaikea kyseenalaistaa.

Eryteisesti mielenterveyteen liittyvät seikat ovat monesti diagnoosin tiellä. Useat informantit kertovat, miten mielenterveysongelmien hoitamisen vaatiminen ennen diagnoosin saantia voi pitkittää sukupuolen korjausprosessia. Eräs 23-vuotias transmies kertoo, että hänen masennuksensa ja ahdistuksensa "käsiteltiin viivyttävänä tekijöinä, eikä sukupuolidysforiasta aiheutuneena ongelmana". Seuraavassa aineistoesimerkissä toinen vastaaja taas kertoo, miten hän ei päässyt jonoon transpolille, koska hän oli hakeutunut mielenterveysongelmiensa vuoksi psykiatriseen hoitoon.

Itse hakeuduin ensin psykoterapia-polulle masennuksen ja ahdistuksen takia ja menetin siksi mahdollisuuden päästä jonoon/hoitoon. Mielestäni sukupuolen korjausprosessissa pitäisi ottaa huomioon myös mielenterveyden ongelmat. Ymmärrän, ettei t-poli voi ottaa vastuuta esimerkiksi masennuksen hoidosta, mutta itse olisin toivonut, että olisin päässyt edes jonoon, jotta sillä aikaa olisin voinut aloittaa psykoterapian. Nyt jonotan pääsyä psykiatrian poliklinikalle (ainakin vuoden) ja toivottavasti tulevaisuudessa saan uuden lähetteen t-polille ja jonotan vielä seuraavat pari vuotta. Odottaminen käy todella raskaaksi, kun sukupuoli-identiteetti on selvä. (Transgender/muunsukupuolinen, 26)

Masennuksen ja ahdistuksen kaltaiset mielenterveysongelmat ovat monien transihmisten kohdalla yhteydessä sukupuolidysforiaan (Dhejne, van Vlerken, Heylens & Arcelus 2016). Näissä tapauksissa sukupuolen korjausprosessin viivyttäminen mielenterveysongelmien vuoksi voidaankin kokea vääränä ratkaisuna. Myös tilanteissa, joissa mielenterveysongelmat eivät välttämättä liity dysforiaan, monet vastaajat kertovat kokevansa niillä perustellut viivästyksensä prosessissa turhauttavina.

Useat informantit kertovat lisäksi sellaisista sukupuolen korjausprosessin toimenpiteisiin liittyvistä kokemuksista, joissa korostuvat epäoikeudenmukaisina nähdyt erot vaatimuksissa ja käytännöissä cis- ja transihmisille.

Veriarvojeni lisäksi reseptin uusimisen yhteydessä tarkkaillaan verenpainettani ja painoani. Tuntuu epärealistiselta että minua kytätään ja rangaistaan eväämällä minulta minulle tarpeellinen lääke jos en halua elintapojani kytättävän tai jos ne huononevat. Muut ihmiset saavat lihoa ja juoda alkoholia ilman että heiltä viedään pois terveydenhoitoa. Minulta on poistettu munasarjat joten minulla ei ole mitään omaa hormonituotantoa ja testosteroni on minulle välttämätön lääke. Erityisen epärealistiselta tämä tuntuu myös koska kumppaniltani on myös testosteronilääkitys ja hänen veriarvojaan ja painoaan ei tarkkailla reseptin uusimisen yhteydessä. (Transtaustainen mies, 29)

Jouduin taistelemaan itselleni steriloinnin yli kolmikymppisenä. Vaikka minulla oli toimenpiteeseen lähete, -- gynekologi mapitti sen ja määräsi minulle kierukan. Kierukka ei pysynyt paikoillaan -- ja tulin vahingossa raskaaksi. Vasta 2 raskaudenkeskeytyksen jälkeen pääsin sterilointiin. -- Myöhemmin minulta on vaadittu sukupuolen vahvistamisen yhteydessä lisääntymiskyvyttömyyttä. Eli minua on estetty steriloidmasta itseäni ja myöhemmin pakotettu siihen. (Transsukupuolinen, transmaskuliini, muunsukupuolinen, 42)

Irni (2017) on analysoinut tällaista eriarvoista kohtelua ja sukupuolta vahvistavien hoitojen järjestelmää hormonihoitoihin suhtautumisen näkökulmasta terveydenhuollossa. Analyysini

laajentaa tätä näkökulmaa koskettamaan myös muita sukupuolen korjausprosessiin liittyviä toimenpiteitä kuten lisääntymisterveyttä koskevia valintoja ja vaatimuksia.

Hoitohenkilöstön valta-asema potilaiden hoidontarpeen määrittelyssä sekä siinä käytettävät diagnoosikriteerit ovat tutkimukseni aineistossa ylivoimaisesti kritisoiduin osa kertomuksia terveydenhuollosta. Eräs informantti kertoo ajatuksistaan vielä seuraavasti:

En voi sanoin kuvailla sitä katkeruutta, jota transpoli minussa herättää. Suomen transpolien lähestymistapa transsukupuolisiin potilaisiin on itsessään väärä. Tämä lähestymistapa ei auta tekemään transpoleista tehokkaita tehtävässään auttaa transsukupuolisia. Minulle oltiin transpoliprosessini aikana kohteliaita, mutta olen suuresti pettynyt siihen, miten transsukupuolisuutta käsitellään transpoleilla. Suomessa transsukupuolisilla potilailla on terveystalvissa ihmisarvo, mikä erottaa maamme suuresta osasta maailmaa, mutta minä en tyydy pelkästään ihmisarvoon, vaan odotan asiantuntevaa ja välittävää hoitoa niiltä terveydenhuollon osilta, jotka ovat minussa vastuussa. Tämä on oikeuteni tämän maan kansalaisena ja tämä on aitoa tasa-arvoisuutta. Transpolitapaamisissa tunsin erittäin epätasapainoisten valtasuhteiden olemassaolon minun ja hoitajieni välillä. En missään nimessä ikinä haluaisi mennä transpoliprosessia läpi uudestaan. (Transsukupuolinen, transmaskuliininen, 22)

Informantti tiivistää kertomuksessaan ajatuksia ja tunteita, jotka ovat vastaajien kertomuksissa hyvin yleisiä. Aiemmissakin tutkimuksissa (Repka & Repka 2013; Lindroth 2016; Motmans ym. 2019) hoitohenkilöstön portinvartijan asemaa sukupuolta vahvistaviin hoitoihin kuvataan merkittävänä transihmisten kokemuksiin vaikuttavana rakenteellisena tekijänä. Teeman yleisyys informanttien kertomuksissa todentaa näitä kuvauksia Suomen kontekstissa. Suurin osa niistä vastaajista, joilla on kokemusta sukupuolen korjausprosessista, kertovat turhautumisestaan tähän valta-asemaan sekä itse diagnoosikriteereihin.

### **6.2.2. Rajoittavat normit prosessin sisällä**

Toinen teemoista koskee sukupuoleen ja muihin yksilön ominaisuuksiin liittyviä normeja, jotka vaikuttavat informanttien kokemuksiin diagnosointiprosessista sekä kohtaamisista transpolilla laajemmin. Tutkimukseni aineistossa esille tulevia normeja on paljon, ja monet niistä ovat yhteydessä toisiinsa. Sukupuoleen suoraan liittyen normina transpoleilla vaikuttaa vastaajien kertomusten mukaan olevan kaksijakoinen transsukupuolisuus, minkä

lisäksi sukupuoli- ja pukeutumismääritykset ilmenevät hoitohenkilöstön koetussa suhtautumisessa potilaisiin.

Useat informantit kokevat, että transsukupuolien hoitohenkilöstön suhtautuminen heihin on perustunut tiukkoihin kaksijakoisiin sukupuoli-normeihin.

[Terveystieteiden ammattihenkilö] myös viimeiseen 'raporttiin' laitoi että hänen mielestään mä en ole varma sukupuolestani ja kun mä kysyin siltä että mitä se tarkoittaa niin se ei oikeen osannut vastata siihen. [L]opulta se sitten sano että se oli sitä mieltä koska mä en ole täysin stereotyyppisesti maskuliininen. (Mies ja transmies, 20)

[T]ein tosiaan ensimmäisen lähetteen n. 17-vuotiaana, ja se hylättiin ilman että he edes tapasivat minua. Syyt olivat naurettavia ja loukkaavia, kuten ikäni ja sukupuoli ei-binäärisyys. Tuolloin identifioituin enemmän genderqueer-tasolla, mutta ei sukupuolen luonnollisen muuttuvuuden ja häilyvyyden pitäisi estää ihmistä pääsemästä hoitoihin! Sukupuoleni on tosiaan transmies, ja olen mies, mutta sukupuoli on luonnostaan muuttuvainen ja pidän esimerkiksi feminiinisestä ilmaisusta drugin avulla. En voi sanoa polilla mistään tällaisesta. (Transmies, 21)

Aineistoesimerkkien informantit kuvaavat kokeneensa, että syynä heidän hylkäämiseensä sukupuolen korjausprosessista on ollut heidän sopimattomuutensa kaksijakoiseen käsitykseen transsukupuolisuudesta sekä sukupuolitettuihin odotuksiin sukupuolen ilmaisusta. Siitä huolimatta, että muunsukupuolisuus määrittää toista transsukupuolilla annetuista diagnooseista, esiintyy varsinkin muunsukupuolisten vastaajien kertomuksissa paljon kokemuksia heidän sukupuolensa vähättelystä sekä prosessiin liittyvistä torjunnista.

Stryker (2013) on huomauttanut, että biopolitiikka tukee lääketieteellisiä interventioita vain, kun ne ovat samansuuntaisia sukupuoli-normien kanssa. Lääketieteen tavoitteena onkin perinteisesti ollut tuottaa transihmisille mahdollisimman normatiivinen ulkomuoto, joka vastaa kaksijakoista sukupuoli-käsitystä (Tainio 2013, 21–23; Kärnä ym. 2018, 2633). Normatiiviset odotukset transsukupuolisuudesta voivat sisältää myös oletuksia sukupuolta vahvistavien hoitojen tarvitsemisesta. Esimerkiksi sen oletaminen, että kaikki transsukupuoliset kokevat sukuelinkirurgian tärkeänä osana sukupuolen korjausprosessia ja hakeutuvat siihen, näkyy muutamien informanttien kertomuksissa.

Myöhemmin varsinaisten hoitojen yhteydessä minua on mm. painostettu genitaalikirurgiaan. Esimerkki: Olin naistenklinikalla menossa kohdun- ja munasarjojen poistoon (hyvin tärkeä ja odotettu operaatio minulle). Olin leikkauskaapu päällä ja saanut esilääkityksen jo ja siinä tilanteessa minulta vielä kysyttiin, enkö kuitenkin haluaisi samalla myös vaginektomiaa

genitaalikirurgian valmisteluksi. (Transsukupuolinen, transmaskuliini, muunsukupuolinen, 42)

Aiemmissa tutkimuksissa ja selvityksissä (Lindroth 2016; Irni 2017; Euroopan komissio 2020) on niin ikään todettu, että transihmisten diagnosoinnissa ja hoidossa tukeudutaan usein normatiivisiin käsityksiin sukupuolesta ja transihmisyydestä.

Useiden vastaajien kertomuksissa tulee esille myös muiden sukupuoleen epäsuorasti liittyvien normien läsnäolo sukupuolen korjausprosessissa. Yksi näistä normeista on lasten haluamisen oletus, jota kuvaavat seuraavat näytteet aineistosta.

Lääkäriini ja hoitajani polilla olivat mukavia, ja tutkimusjaksoni kesti vain puolisen vuotta. Psykologi tosin ei halunnut uskoa, etten halua lapsia. Välillä päädyin myötäilemään kysymyksiä ja silottelemaan totuuksia jäähyh pelossa. (Non-binary, 27)

Kerran muuten mukava lääkäri myös painotti minulle erittäin epämukavasti sitä, etten voisi saada lapsia jos menen hoitoihin. Tiedän, että heidän tulee sanoa näistä, mutten pitänyt hänen sävystään, kun olin jo kerran sanonut, että en ole koskaan ollut, tai tulisi koskaan olemaan kiinnostunut lasten saannista. Painostava tunnelma hänen puoleltaan hävisi vasta kun vitsailin, että adoptio on aina sitten mahdollisuus. En tiedä miten on hänen asiansa, hankinko lapsia vai en, ja miten hankin. (Transmies, 21)

Lasten hankinnan oletusta esiintyy erityisesti naiseksi syntymässä määritettyjen informanttien kokemuksissa. Vastaajien kokemusten voikin nähdä ilmentävän perinteisiä käsityksiä naiseudesta, joissa lasten haluamisen ja naiseuden välille oletetaan vahva kytkös (Butler 1990, 1993).

Myös Butlerin luonnehtimaan heteroseksuaalisuuden järjestelmään liittyvät seksuaalisen suuntautumisen normit voivat vaikuttaa hoitohenkilöstön käsityksiin, tulkintoihin ja suhtautumiseen potilasta kohtaan. Seuraava vastaaja kuvaa kokemusta torjunnasta, johon hän arvelee liittyneen ikänsä lisäksi seksuaalisuutensa.

Käytyäni vuoden ajan polilla puhumassa toiveistani he hylkäsivät toiveeni mastektomiasta ja laittoivat minut vuodeksi jäähyhille, koska heidän mielestään en ollut tarpeeksi kypsä sellaiseen. Minusta tuntui erittäin petetyltä, ja siltä etteivät hoitajat ymmärtäneet minua ollenkaan. He tuntuivat myös tarttuvan aivan liikaa siihen, että olin sen vuoden aikana aloittanut ensimmäisen parisuhteeni, ja tuntui että he kohtelivat minua kuin 15 vuotiasta joka on vasta alkanut seurustelemaan eikä tiedä suhteista mitään. Luulen että osasy siihen miksi he ajattelivat näin on se että kerroin myös olevani aseksuaali. He myös kysyivät siitä millä tavoin annan kumppanini koskea kehoani, ja esim että pidänpö siitä että rintaani kosketaan. Luulen neutraalin vastaukseni saaneen

heidät ajattelemaan, että rintojen poisto olisi kauhea menetys seksielämäni, eivätkä he kysyneet tästäkään sen enempää. (Sukupuoleton, 20)

Informantin kuvaus viittaa siihen, että hoitohenkilöstö on mahdollisesti nähnyt hänen aseksuaalisuutensa merkinä kypsymättömyydestä. Oletukset siitä, että kaikki ihmiset kokevat seksuaalista vetovoimaa ja haluavat toteuttaa seksuaalisuuttaan toisten ihmisten kanssa näkyvät tässä tarkastelussa osana sukupuolen korjausprosessiin liittyviä tapoja arvioida sukupuolivähemmistöihin kuuluvia henkilöitä yhteiskunnallisia normeja vasten. Myös käsitykset siitä, että nuoret transihmiset eivät voi vielä tietää sukupuoltaan tai arvioida tarpeitaan, näyttävät informanttien kertomusten perusteella olevan transpoleilla yleisiä.

Informanttien kokemusten perusteella vaikuttaa siltä, että transpoleilla diagnosointiprosessiin liittyy joukko sukupuoleen suoraan tai epäsuorasti liittyviä normeja, jotka rajoittavat potilaiden hoitoon pääsyä. Näitä normeja ovat etenkin sukupuolen kaksijakoisuus sekä naisten ja miesten erot sukupuolen ilmaisussa. Transnaisilta ja -miehiltä siis saatetaan odottaa esimerkiksi sukupuolinormeihin asettuvaa pukeutumista ja käytöstä. Lisäksi diagnosointiin voivat vaikuttaa ikään, seksuaalisuuteen ja laajempaan elämäntapaan liittyvät tekijät, joilta niin ikään odotetaan usein normatiivisuutta. Ne transihmiset, jotka eivät sovi tai mukaudu odotuksiin, eivät välttämättä saa prosessista tarvitsemaansa. Prosessi voi keskeytyä hoitohenkilöstön tulkitessa normeista poikkeavan sukupuolen sen ilmaisun merkiksi epävarmuudesta sukupuolen suhteen. Hoitoon pääsyyn vaikuttaakin diagnoosikriteerien lisäksi niiden tulkinta ja soveltaminen.

Normatiiviset oletukset transihmisten sukupuolen ilmaisusta vaikuttavat erityisen eriarvoistavilta, kun niitä verrataan cissukupuolisiin ihmisiin. Cissukupuolisuuden normista poikkeavien kohdalla ne voikin nähdä terveydenhuollon takertumisena jäljelle jääviin normeihin. Ilman näitä normeja sen määrittäminen, ketkä transihmisistä sopivat diagnoosikategorioihin ja ketkä eivät, vaikeutuisi huomattavasti. Veronica Pimenoff (2006, 30) on kuvaillut transsukupuolisten hoitokäytäntöjen muotoutumista Suomessa pragmatiikan kautta: sen sijaan, että ne olisivat kehittyneet ihmisten kokemusten mukaan, hoitojärjestelmä on löytänyt ratkaisut ensimmäisille potilaille ja sen jälkeen valikoinut potilaita, jotka sopivat tähän potilaskuvaan. Tainion (2013, 25–28) mukaan sukupuolen kaksijaon ulkopuoliset ihmiset ovatkin viime vuosikymmeninä törmänneet normien rajoihin, kun he ovat olleet tekemisissä lääketieteen portinvartijoiden kanssa. Analyysini perusteella diagnoosikriteerien ahtaus vaikuttaa paitsi muunsukupuolisiin myös kaikkiin niihin transihmisiin, jotka eivät asetu kapeaan käsitykseen transsukupuolisuudesta.

### 6.2.3. Epäasiallinen kohtelu ja kokemusten vähättely

Vaikka on oletettavissa, että sukupuolta vahvistavista hoidoista vastuussa olevien hoitoyksiköiden henkilöstöllä on muuta terveydenhuoltoa enemmän osaamista transihmisten hoidosta, tämä ei tarkoita, että ongelmia ei esiintyisi. Moni vastaaja kertoo kohdanneensa transpoleilla ja sukupuolen korjausprosessiin liittyvissä muissa terveyspalveluissa hoitohenkilöstöltä epäluuloisuutta, kokemustensa vähättelyä, työkeyttä, turhan tuntuista utelua ja häirintää. Vastaajien kertomuksissa esiintyy myös useita yksittäisiä kohtaamisia, jotka on koettu traumatisoiviksi. Tällainen epäasiallinen kohtelu ja kokemusten vähättely on kolmas aineiston yleisistä teemoista sukupuolen korjausprosessin suhteen.

Informanttien kertomuksissa kohtaamisista transpoleilla korostuu ensinnäkin heidän kokemustensa kyseenalaistaminen, vähättely sekä asiattomat kommentit sukupuolikokemuksesta. Seuraavassa aineistoesimerkissä informantti kertoo sukupuolidysforiansa vakavuutta kyseenalaistavista kommenteista.

Tuntuu että koska menin polille rehellisesti ja kerroin ensisijaisen hoitotoiveeni olevan rintojen poistoon pääsy -- minua haastatellut hoitaja kyseenalaisti sukupuoltani muutamaan otteeseen ja ehdotti että minun "täytyisi oppia elämään rintojeni kanssa" vaikka ainakin 2017 vuodesta asti olen kokenut niistä suurta dysforiaa ja bindannut. (Muunsukupuolinen transmaskuliini, 25)

Seuraava vastaaja taas kertoo sellaisesta vähättelevästä ja epäasiallisesta kommentoinnista, joka ulottuu koko sukupuolen korjausprosessiin.

Nuorten puolella koin olevani jatkuvasti suurennuslasin alla. Koin pitkään että minua ei uskottu ja että minua vähäteltiin. Minua pidettiin tyhmänä ja lapsena, vaikka lain mukaan olin täysi-ikäinen. Minulle kerran jopa yksi psykiatri sanoi että olen oikeasti vain nainen joka vihaa naiseutta. Se oli traumaattista. (Mies tai transmies, 23)

Tarinat tilanteista, joissa vastaajat ovat kokeneet saamansa vastaanoton transpolilla työkeänä ja sukupuoltaan vähättelevänä ovat aineistossa yleisiä. Informanttien kertomuksissa esiintyy myös väärinsukupuolittamista, jonka loukkaavuutta käsittelemme jo yleisen terveydenhuollon yhteydessä. Vaikka väärinsukupuolittamista esiintyy vastaajien kertomuksissa vähemmän sukupuolen korjausprosessia kuin muuta terveydenhuoltoa koskevissa kertomuksissa, on muista epäasiallisista ja varsinkin sukupuolikokemuksesta vähätteleväksi tulkituista kommenteista mainintoja runsaasti.

Vaikka sukupuolen korjausprosessi mahdollistaa monille tarpeellisen hoidon saannin, on transihmisyyden asettaminen lääketieteen vallan alle myös ylläpitänyt käsitystä heistä sairaina, viallisina ja kykenemättöminä tietämään omia tarpeitaan tai sukupuoliaan (Butler 2004, 75–77; Huuska 2010, 156; Repka & Repka 2013, 115). Transpolien ammattihenkilöt saattavat suhtautua vähätellen tai torjuvasti potilaan sukupuolikokemukseen sekä tarjota mielipidettään hänen ”oikeasta” sukupuolestaan samoin kuin yleisen terveydenhuollonkin ammattihenkilöt. Tällaiset kommentit perustuvat hoitohenkilöstön valta-asemaan sekä cisnormatiiviseen käsitykseen siitä, että terveydenhuollon ammattihenkilöt voivat määrittää potilaiden sukupuolet (Bettcher 2014, 402; Nordmarken & Kelly 2014, 161). Sen sijaan, että terveydenhuollon ammattihenkilöt käsittelisivät asiallisesti potilaan hoidontarvetta ja diagnoosikriteerejä, voivat he ottaakin tuomittavakseen potilaan sukupuolen itsessään.

Useat informantit kertovat myös kokeneensa sukupuolen korjausprosessiin liittyvissä yksiköissä epäasiallista ja tungettelevaa utelua erityisesti seksuaalisuudesta. Muutama vastaaja kertoo traumaattisista kokemuksista, jotka täyttävät sukupuoleen perustuvan tai seksuaalisen häirinnän tunnusmerkit. Näin on seuraavassa aineistoesimerkissä, jossa vastaaja kuvaa traumaattista kokemusta hormonipoliklinikalla.

[Genitaalikirurgian] valmisteluna oli hormonipolin tutkimuskäynti. Sisätutkimus ahdisti kovasti, mutta koin että oli pakko suostua. Lääkäri suoritti sisätutkimuksen ja sen jälkeen -- totesi "mä tutkin nämä samalla" ja siirsi kätensä t-paitani alle ja tunnusteli rintani. Tässä vaiheessa olin ollut kahteen kertaan rintakehäleikkauksessa, eikä hän tiennyt rintakehäni tilannetta, eikä sitä paidan alta tunnustelemalla ole mielestäni mahdollista todetakaan. Rintatutkimuksesta ei ollut sovittu etukäteen, eikä se mielestäni enää kuulunut hänen työnkuvaansa kohdallani. Lopetettuaan hän jatkoi tutkimusta ja seuraavaksi oli passittamassa minut vaa'alle pelkkä samainen t-paita ylläni. Pyysin saada pyyhkiä liukuvoiteen pois ja pukea kalsarit jalkaan ensin. En ole palannut asiaan jälkeensä, mutta tilanne ahdistaa minua yhä voimakkaasti. Koen että sekä tutkimusjaksoni että erilliset hoidot ovat täynnä syrjintää, henkistä väkivaltaa ja vallankäyttöä. [Edellisen kaltaisia tapauksia] on lukemattomia ja niistä selviytyminen keskellä sukupuolenkorjausprosessia, joka itsessään ei ollut helppo, oli helvetillistä. (Transsukupuolinen, transmaskuliini, muunsukupuolinen, 42)

Kyseinen informantti kuvaa sukupuolen korjausprosessista selviytymistä ylipäättään haastavaksi ja sitä vaikeuttaneen entisestään useat traumaattiset kokemukset hoitohenkilöstön kanssa. Näin räikeitä kaltoinkohtelun kokemuksia ei ole aineistossa paljoa,



mutta ahdistusta aiheuttavien kokemusten toistuvuus ja niiden vaikutusten kasautuminen on kertomuksissa yleistä.

Olisi aiheellista olettaa, että sukupuolivähemmistöjen erityistarpeisiin perehtyneet transpolien ammattihenkilöt kohtelisivat transpotilaita yleisen terveydenhuollon henkilöstöä ymmärtäväisemmin ja asiallisemmin. Verrattuna kokemuksiin muusta terveydenhuollosta ja suhteutettuna vastaajien määrän eroon, epäasiallisesta kohtelusta kertoo kuitenkin sama osuus vastaajista. Transihmisten kokemusten vähättely vaikuttaa jopa yleisemmältä transpoleilla, mikä selittyy sillä, että ne diagnosoivat potilaita nimenomaan näiden kokemusten arvioinnin perusteella. Syrjivien asenteiden lisäksi transpotilaiden kohteluun vaikuttavatkin hoitohenkilöstön valta-asema ja tiukat diagnoosikriteerit.

#### **6.2.4. Hyvät kokemukset positiivisena yllätyksenä**

Kaikkien vastaajien kokemukset eivät ole ainoastaan negatiivisia, vaan osa kuvaa kohtaamisia transpoleilla ja muissa sukupuolen korjausprosessiin liittyvissä hoitoyksiköissä myös myönteiseen sävyyn.

Olen kokenut tulleeeni kohdatuksi asiantuntevasti ja kunnioittavasti. Kaikilla prosessiin liittyvien terveystarpeiden tarjoajilla on selkeästi ollut kokemusta transsukupuolisista ihmisistä ja heidän hoidontarpeestaan, mikä on tehnyt kohtaamisista mutkattomia. (Nainen, 48)

Aineistoesimerkissä vastaaja kuvaa asiointiaan sukupuolen korjausprosessiin liittyvissä terveystarpeissa vaivattomana ja hoitohenkilöstöä osaavana. Useat vastaajat kertovat hoitohenkilöstön myös osoittavan olevansa tietoisia sukupuolen korjausprosessiin liittyvien lainsäädännöllisten vaatimusten ja muotoilujen mahdollisesta loukkaavuudesta potilaalle.

Kokemukseni ovat hyviä. Minua on kohdeltu kunnioittavasti ja minut on kohdattu omana itsenäni. Jos jokin on ollut kankeaa esim lainsäädännöstä johtuen, se on sanottu ääneen ja oltu pahoittelevia. (Ei-binääri, 23)

Kokemukseni transpolikliinikalta ovat lähes pelkästään positiivisia. Työntekijät osaavat asiansa ja kohtelevat potilaita heidän kokemiensa sukupuolten edustajina kyseenalaistamatta heitä. Työntekijät ovat ymmärtäväisiä ja tunsin aina heidän olevan "minun puolella" prosessin aikana, silloinkin, kun prosessin lakisäätteiset muodollisuudet loukkasivat ihmisarvoani (esim. pakkosterilisaatio). Työntekijät tiedostavat sen olevan

väärin ja toivovat muutosta lakiin). Transpolilla asioidessani tunsin aina oloni turvalliseksi, hyväksytyksi ja jopa kotoisaksi. ((Trans)mies, 25)

Kertomuksissa korostuu hoitohenkilöstön pahoitteleva suhtautuminen näihin vaatimuksiin, joka on saanut vastaajat tuntemaan olonsa kunnioitetuksi ja ymmärretyksi kohtaamisissa. Myös Rossin ym. (2016) tutkimuksessa positiivisia terveydenhuoltokokemuksia mahdollistavista tekijöistä tuodaan esille hoitohenkilöstön kunnioittavan suhtautumisen tärkeys sekä se, miten yksilötason toiminta voi paikata järjestelmätason epäkohtia.

Osa muiden transihmisten kokemuksista kuulleista vastaajista ilmaisee pelänneensä etukäteen transpolilla saamaansa vastaanottoa ja vastaan mahdollisesti tulevia ongelmia. Joidenkin informanttien kohdalla nämä pelot ovat osoittautuneet turhiksi.

Transpolilla omahoitaja on ollut aivan ihana. Olen vielä aika alkuvaiheessa, mutta kokemus on toistaiseksi ollut positiivinen, vaikkakin olen kuullut aivan toista. Tuntuu että transpolilla on tietoa ja taitoa kohdata transihminen ja saada hänelle tunne että hänestä välitetään, niin kuin kuuluukin. (Transmaskuliini, 26)

Yleisesti olen itse kokenut prosessini sujuneen yllättävän helposti. Minua on kuunneltu eikä omia kokemuksia tai muista asioita ole kyseenalaistettu. (Muunsukupuolinen, 25)

Koska monilla transpolilla asioineilla sukupuolivähemmistön jäsenillä on siitä huonoja kokemuksia, ei ole yllättävää, että kokemustieto sukupuolen korjausprosessiin liittyvistä haasteista ja ongelmista voi vaikuttaa ihmisten odotuksiin. Asiallisuuden ja ymmärtäväisyyden kokemukset kohtaamisista sukupuolen korjausprosessiin liittyvissä yksiköissä vaikuttavatkin monien informanttien kertomuksissa olevan positiivinen yllätys oletetun asiantilan sijaan.

Verrattuna yleiseen terveydenhuoltoon on myös huomattavaa, että informanttien vastausten joukossa on paljon vähemmän kokonaisvaltaisesti hyviä kokemuksia ja enimmäkseen ne ovat vaihtelevia. Sellaisillakin vastaajilla, jotka ovat kokeneet kasvokkaiset kohtaamiset prosessin aikana asiallisina tai miellyttävinä, on usein painokasta sanottavaa erityisesti transpolien hoitohenkilöstön ja potilaiden välisestä valta-asetelmasta sekä tiukoista diagnoosikriteereistä. Ottaen tämän huomioon ei olekaan yllättävää, että asialliset ja positiiviset kokemukset ovat pikemminkin miellyttävä poikkeus kuin sääntö.

### 6.2.5. Pitkät odotusajat ja matkat

Edelliset neljä teemaa ovat koskeneet sukupuolen korjausprosessiin liittyvissä hoitoyksiköissä tapahtuvia kohtaamisia terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja potilaiden välillä. Viimeinen teemoista liittyy sukupuolen korjausprosessin käytännön ongelmiin ja niistä johtuviin haasteisiin. Näitä ovat informanttien kertomuksissa ensinnäkin kohtuuttoman pitkät odotusajat transpoleille sekä prosessin itsensä pituus. Transpoleilla diagnoosiprosessin on arvioitu kestävän paljon kauemmin kuin terveydenhuoltolain (1326/2010, 52 §) puitteissa on suotavaa (Tasa-arvovaltuutettu 2012, 5; Mattila ym. 2015, 379; Sukupuolen moninaisuuden osaamiskeskus 2021). Irni (2017) on analysoinut pitkien odotusaikojen johtuvan pääosin julkisen sektorin resurssipulasta, joka on pahentunut prosessiin hakeutuvien ihmisten määrän kasvaessa.

Monet vastaajat kertovat odotusaikojen pituudesta ja sen aiheuttamasta stressistä. Sekä odottaminen ensimmäiselle vastaanotokerralle transpolilla että odotusajat prosessin alettua ovat monilla olleet kohtuuttoman pitkiksi koettuja, kuten seuraavassa aineistoesimerkissä kuvataan.

Minut on suurelta osin kohdattu hyvin. Prosessi on kuitenkin liian pitkä (nyt mennyt kaksi vuotta enkä ole vielä saanut tippaakaan hormoneja tai muita oikeita hoitoja). Diagnosointi pitäisi hoitaa viikoissa ei vuosissa. (Muu, 27)

Irnin (2017) tutkimuksessa on todettu, että sukupuolen korjausprosessin pitkäkestoisuus voi olla henkisesti kuormittavaa ja aiheuttaa epävarmuutta prosessin etenemisestä. Samanlaista epävarmuutta esiintyy tämän tutkimuksen informanttien kertomuksissa. Seuraavat vastaajat kertovat prosessiin liittyvien vastaanottoaikojen saamisen pituudesta, siihen liittyvästä epätietoisuudesta ja tästä johtuvasta stressistä.

Kamalinta on ollut pitkä odotusaika käyntien välillä, kun ei ole mitään tietoa koska seuraava voi olla. Nyt olen odottanut lääkärin käynnin jälkeen aikaa psykologille jo yhdeksän kuukautta. (Transmaskuliini, 32)

Sekä transpolin pitkät ruuhkat ja jonotukset ovat aiheuttaneet sen, että minut on välillä unohdettu. Esimerkiksi odotin uutta aikaa lääkärin vastaanotolle, mutta siitä ei kuulunut mitään yli 8 kuukauteen, vaikka oltiin luvattu, että uusi lääkäri aika saapuu parin kuukauden päästä kirjeenä postista. -- Pitkien odottelujen takia jouduin monesti soittamaan transpolille lääkäriaikojen ja muiden perään, joka tuotti aina itselle kovaa stressiä. Silloin kun jouduin odottelemaan 8–9 kuukautta sain ylilääkäriltä pahoittelut tilanteesta, koska odottamani aika oli todella pitkä ja kohtuuton. (Muunsukupuolinen, 25)

Muutammat vastaajat kertovat myös, että pitkiä odotusaikoja tai transpolien virheitä on kyllä pahoiteltu, mutta se ei tuo takaisin menetettyä aikaa. Monet informantit kertovatkin sukupuolen korjausprosessin pituuden aiheuttaneen heissä turhautumista ja jopa uskon menetystä hoitojärjestelmään.

Myös pitkät matkat Helsinkiin tai Tampereelle tapaamisiin transpolilla aiheuttavat joillekin ongelmia. Suurella osalla vastaajista on suhteellisen pitkä matka lähimmälle transpolille. Puolilla vastaajista (51 %) tämä matka on yli 100 kilometriä, minkä lisäksi monilla näistä vastaajista matka on jopa yli 300 kilometriä. Muutama vastaaja mainitseekin kokevansa matkat Tampereen ja Helsingin transpoleille kohtuuttoman pitkiksi.

Matka [asuinpaikasta] Tampereelle on vaan turhan pitkä pelkän puolen tunnin käynnin takia. (Muunsukupuolinen, 47)

En ole aloittanut korjausprosessia, koska olen kuullut sen olevan kohtuuttoman hankalaa ja minun pitäisi sitä varten käydä useita kertoja toisella puolella Suomea, enkä usko kykeneväni siihen tällä hetkellä. (Mies, 17)

Matkojen pituuden kohtuuttomaksi kokeminen kertoo, että sukupuolen korjausprosessiin liittyvien terveyspalvelujen saavutettavuus on eri alueilla asuvilla ja sosioekonomisessa asemassa olevilla sukupuolivähemmistöillä eriarvoista. Tämä ja pitkät odotusajat voivatkin vaikuttaa sukupuolen korjausprosessin koettuun raskauteen ja hankaluuteen.

### **6.3. Sukupuolivähemmistöjen kokemukset terveydenhuollon navigoinnista**

Kuten edellä esitellystä analyysistä käy ilmi, suureen osaan sukupuolivähemmistöjen kokemuksista terveydenhuollossa liittyy vaikeita tilanteita ja haasteita. Niillä on yksilöllisiä vaikutuksia sukupuolivähemmistöjen hyvinvoinnille ja suhtautumiselle terveydenhuoltoon. Kolmas tarkastelemani kysymys on, miten sukupuolivähemmistöt vastaavat kohtaamiinsa ongelmiin ja haasteisiin terveydenhuollossa navigoiden sen järjestelmää. Navigoinnilla tarkoitan sekä henkistä selviytymistä että toivottujen asioiden tavoittelun keinoja terveydenhuollossa. Käsittelen sukupuolen korjausprosessin ja muun terveydenhuollon navigointia yhdessä, sillä niitä koskevissa kokemuksissa on paljon yhteistä. Kerron kuitenkin myös merkittäviksi tulkitsemistani eroista navigointitavoissa.

Olen muodostanut sukupuolivähemmistöjen yleisen terveydenhuollon ja sukupuolen korjausprosessin lääketieteellisen puolen navigoinnista neljä yleistä teemaa. Ne ovat 1) normeihin mukautuminen, 2) terveydenhuollon välttely ja sukupuolen korjausprosessin ohittaminen, 3) epäkohtiin puuttuminen ja palveluntarjoajien valikointi sekä 4) vertaiset ja läheiset voimavarana. Suhtautuminen haasteisiin terveydenhuollossa vaihtelee vastaajien joukossa paljon ja on tilannekohtaista. Sama ihminen voi toimia eri tavoin eri tilanteissa, eivätkä nämäkään teemat ole toisiaan poissulkevia.

### **6.3.1. Normeihin mukautuminen**

Sukupuolijärjestelmä työntää siihen sopimattomat ihmiset marginaaliin (Butler 2004, 42–43, 52; Juvonen 2016, 48). Kuten edellä esittelemistäni teemoista ilmenee, sukupuolivähemmistöihin kohdistuu terveydenhuollossa monenlaisia sukupuolijärjestelmän ohjaamia oletuksia sukupuolinormeihin sopivuudesta tai sen yrittämisestä. Foucault on teoretisoinut, että sosiaalinen kontrolli vaikuttaa toisiin kohdistuvan vallankäytön lisäksi myös siihen, miten ihmiset kontrolloivat itse itseään sovittautumalla normeihin (Kantola 2010, 84–85; Kähkönen & Sudenkaarne 2018, I–II). Yksi sukupuolivähemmistöjen tavoista vastata haasteisiin terveydenhuollossa onkin normien haastamisen sijaan niihin mukautuminen.

Monet sukupuolivähemmistöihin kuuluvat ihmiset ovat hyvin tietoisia heitä koskevien negatiivisten asenteiden yleisyydestä (Poteat ym. 2013). Yleisessä terveydenhuollossa sukupuolivähemmistöihin voidaan suhtautua hämmennyksellä, minkä lisäksi informantit kertovat kohdanneensa monenlaista epäasiallista kohtelua. Näistä syistä osa tutkimukseni informanteista kertoo välttävänsä sukupuolestaan ja siihen liittyvistä aiheista puhumista terveydenhuollossa.

En ole epäröinyt tai jättänyt asioimatta [terveydenhuollossa], mutta kaapitan itseni terveydenhuollossa asioidessani, eli en korjaa väärinsukupuolittamista tai muuta. (Sukupuolieläköitynyt, 26)

Yksi syy sukupuolesta vaikenemiseen on sen varmistaminen, että hoitohenkilöstö ei sekoita sukupuolivähemmistöön kuulumista vastaanotolle tulon syyhyn silloin, kun niillä ei ole mitään tekemistä keskenään.

Myös pelko epäkunnioittavista ja asiattomista kommenteista, häirinnästä, väärinsukupuolittamisesta ja muusta negatiivisesta suhtautumisesta on vastaajien keskuudessa yleistä. Monet informantit kertovatkin vaikenevansa sukupuolestaan epäasiallisuuksien ja kaltoinkohtelun pelossa.

Olen ollut yleensä hiljaa asiasta, ennen kuin olen varma, että kyseinen henkilö ei syrji tai kohtele epäasiallisesti. Usein jätän sanomatta/käymättä siinä pelossa, että kohtaan negatiivista käytöstä sukupuoleni takia. (Ei-binääri, 18)

[E]n mainitse sitä koska lääkärissä käyminen on muutenkin jo stressaavaa enkä halua käydä läpi mahdollista traumaattista kokemusta jatkuvasti. (Transmaskuliini tai transmies, 18)

Useat vastaajat kertovat mukautuvansa sukupuolioletuksiin terveydenhuollossa siksi, että he ennakoivat sukupuolensa selittämisen olevan vaivalloista ja mahdollisesti johtavan epäasialliseen kohteluun. Irnin (2017) tutkimuksessa tulee samalla tavalla ilmi transsukupuolisuudesta puhumisen välttely, kun taas Lindroth (2016) korostaa tutkimuksessaan muunsukupuolisten vaikenemista sukupuolestaan kaltoinkohtelun pelossa. Tutkimukseni informanttien keskuudessa sukupuolesta vaikeneminen ja aihepiirin välttely ovat yleisiä terveydenhuollon navigoinnin keinoja yli identiteettirajojen.

Vastaajien kokemukset kertovat, että sukupuolinormit ovat terveydenhuollossa vahvasti läsnä ja vaikuttavat kohtaamisiin hoitohenkilöstön kanssa. Jotkut suhtautuvat oletuksiin ja väärinsukupuolittamiseen olankohautuksella, mutta moni kertoo kokevansa niiden sietämisen ja normeihin mukautumisen rankaksi.

Yleensä jätän kertomatta muunsukupuolisuudestani ja esiinnyn vain cis-naisena, sillä en jaksaa lääkäreiden hämmästyä ja kyselyitä. Tiedostan olevani etuoikeutettu että voin tehdä näin helposti, sillä en läpi käy hormonihoitoja tai leikkauksia. (Non-binary nainen, 28)

Usein terveydenhuollossa, kuten muuallakin julkisilla paikoilla asioidessani käyttäytymiseni muuttuu, sillä epäröin ilmaista itseäni sellaisena kuin olen. Pysin usein huomaamattani eläytymään juridisen sukupuoleni normeihin ja käyttäytymismalleihin, mikä on erittäin surullista. (Muunsukupuolinen, 23)

Helppointa odotuksiin mukautuminen vaikuttaa olevan niille, joiden sukupuoli tai sen ilmaisu eivät herätä helposti hoitohenkilöstössä huomiota tai ihmetystä. Tähän ryhmään kuuluvat erityisesti ne transihmiset, jotka kertovat hoitohenkilöstön usein tai aina olettavan heidät cissukupuolisiksi naisiksi tai miehiksi vastoin heidän itsemäärittelyään.

Sukupuolivähemmistöt voivat päättää olla korjaamatta heistä tehtäviä vääriä

sukupuolioletuksia, mutta samalla he joutuvat sietämään väärinsukupuolittamista. Moni vastaaja kokee tämän henkisesti raskaaksi. Esimerkiksi eräs 40-vuotias muunsukupuolinen vastaaja kertoo tuntevansa, että hän on terveydenhuollossa ”näkyvätön ja olematon”. Odotuksiin mukautuminen voi auttaa sukupuolivähemmistöjä saamaan terveydenhuollossa asiallista palvelua, mutta sen kääntöpuolena ovat näkymättömyyden kokemukset. Monet informantit kuvaavat odotuksiin mukautumista ja niiden vastustamista myös valintana, joka täytyy tehdä aina uudelleen ja uudelleen terveydenhuollossa.

Joka kerta kun menen, mietin onko nyt oleellista mainita sukupuolestani. Toisaalta jos en mainitse, kohtaan varmasti ikävää väärinsukupuolittamista, toisaalta jos mainitsen, tilanne voikin muuttua kiusalliseksi tai jopa epäasialliseksi. Se valinta pitää aina tehdä, ja se tekee terveydenhuollossa asioimisesta tavallista raskaampaa. (Muunsukupuolinen/sukupuoleton, 24)

Varsinkin muunsukupuoliset vastaajat tuovat esille kokemuksia tai ajatuksia tämän valinnan teosta ja sen hankaluudesta.

Sukupuolen korjausprosessiin liittyvillä terveydenhuollon osa-alueilla sukupuolivähemmistöjen kokemuksissa korostuu hoitohenkilöstön valta-asema potilaisiin sekä normatiiviset odotukset heidän sukupuolikokemuksistaan. Lindrothin (2016) tutkimuksen ja Euroopan komission (2020) selvityksen mukaan monet transihmiset kokevat tarvetta mukautua kaksijakoiseen sukupuolijärjestelmään ja sen normeihin täyttääkseen diagnoosikriteerit ja saadakseen hoitoja. Valta-asetelma, jossa transihmisten tehtävänä on vakuuttaa heitä epäilevät auktoriteetit sukupuolestaan, voikin johtaa odotuksista poikkeavista kokemuksista vaikenemiseen ja jopa valehteluun (Butler 2004, 90–91; Bettcher 2014). Foucault’n teoretisoima itsekontrolli näkyy siis myös sukupuolen korjausprosessissa normeihin asettumisena.

Tämänkin tutkimuksen informanttien kertomuksissa esiintyy kokemuksia transpolien oletettuihin odotuksiin ja vaatimuksiin mukautumisesta. Eräs 29-vuotias queer vastaaja kertoo sanoneensa transpolilla ”asiat, joita polilla haluttiin kuulla” saadakseen tarvitsemansa hoidot. Seuraavat informantit kuvaavat tätä normeihin mukautumista tarkemmin kaksijakoiseen transsukupuolisuuden malliin asettumisena ja mielenterveysongelmista vaikenemisena.

Runnoin itseni myös väkisin binäärin sisälle, sillä pelkäsin etten muunsukupuolisuusdiagnoosilla saisi kaikkia tarvitsemiani hoitoja. (Non-binary, 27)

Selvisin siis piilottelemalla mielenterveysongelmiani, olemalla itse hyvin skarppi ja tietäen mitä pitää tehdä jotta diagnoosin saa, ja puskemalla prosessin läpi hammasta purren ja päättäväisesti. (Transtaustainen mies, 29)

Molemmat näistä normeihin mukautumisen tavoista ovat vastaajien kertomuksissa yleisiä. Useat kaksijakoiseen sukupuolikäsitykseen sopimattomat kertovat pyrkineensä sovittautumaan transnaisen tai -miehen rooliin saadakseen tarvitsemansa diagnoosin. Koska mielenterveysongelmat voivat pitkittää diagnoosin saantia, moni mielenterveysongelmista kärsivä tai kärsinyt päätyy piilottamaan ne hoitohenkilöstöltä. Tämä voi auttaa prosessia etenemään nopeammin, mutta se voi johtaa myös avun saannin pitkittymiseen.

Ottaen huomioon sukupuolen korjausprosessiin liittyvät torjunnan kokemukset ja prosessin pitkäkestoisuuden, edellä esiteltyt valinnat ovat helposti ymmärrettäviä. Informanttien kertomusten perusteella vaikuttaa siltä, että monet, jotka eivät mukaudu transpolien odotuksiin, eivät saa sukupuolen korjausprosessista tarvitsemaansa. Viivästyksiset tai torjunnat voivat johtua siitä, että hoitohenkilöstö tulkitsee potilaan sukupuolen epäselväksi tai liian vaihtelevaksi sukupuolta vahvistavien hoitojen saamiseen. Koska sukupuolta vahvistavat hoidot ovat perustuneet kaksijakoiseen sukupuolikäsitykseen asettuvan ulkomuodon tuottamiseen, siihen sopimattomien transihmisten kehojen muokkaukseen on pitkään suhtauduttu lääketieteessä varauksella (Sullivan 2008, 109–110; Tainio 2013, 21–23). Tähän käsitykseen perustuvat diagnoosikriteerit ja hoitohenkilöstön normatiiviset käsitykset sukupuolesta näyttävätkin aineiston perusteella vaikuttavan siihen, että monet transihmiset päätyvät sovittautumaan normeihin.

### **6.3.2. Terveysthuollon välttely ja hoitojärjestelmän ohittaminen**

Toinen ryhmä yleisiä terveydenhuollon navigoinnin tapoja liittyy terveydenhuollon välttelyyn ja sukupuolen korjausprosessin hoitojärjestelmän ohittamiseen. Sukupuolivähemmistöjen terveydenhuollossa asiointia hankaloittavat hoitohenkilöstön tiedonpuute, väärinsukupuolittaminen, epäasiallinen kohtelu sekä sukupuolitetut järjestelmät. Nämä tekijät voivat vaikeuttaa asiointia niin paljon, että se johtaa terveydenhuollon välttelyyn. Monet vastaajat kertovatkin, että he eivät halua tiettyihin toimenpiteisiin tai vastaanotoille aiempien kokemustensa vuoksi.



En ole käynyt seksitautitesteissä koskaan, vaikka olen harrastanut suojaamatonta seksiä, koska koen sukupuoleni, anatomiani ja harrastamani seksin selittämisen niin hankalaksi, etten tiedä miten se onnistuisi. Fysiologiani on epäbinäärinen, jolloin minulle tehtyjä ohjeita tai suunnattuja testejä ei ole olemassa. (Transtaustainen mies, 29)

[E]n ole käynyt lääkärillä hiivatulehduksen takia, sillä en halua tulla kohdelluksi naisena. Sen sijaan ostin vain lääkkeitä netistä, vaikka sanotaan että pitäisi käydä lääkärillä jos on ensimmäinen tai toistuva hiivatulehdus. (Sukupuoleton, 20)

Binäärisiin sukupuolikäsityksiin sopimattomat kehot ja sukupuolet eivät usein tule ymmärretyksi terveydenhuollossa (Butler 1993). Osalla vastaajista terveydenhuollossa vallitsevista sukupuolionormeista eroaminen sukupuolen, sen ilmaisun tai kehollisten piirteiden suhteen vaikuttaakin terveydenhuollon tai sen tiettyjen osa-alueiden välttelyyn.

Terveydenhuollon välttelyyn vaikuttavat myös oletukset ja aiemmat kokemukset asiattomista kommentteista ja häirinnästä. Valtaosa vastaajista kertoo epäroineensa terveydenhuoltoon hakeutumista epäasiallisen kohtelun pelossa.

Olen jättänyt käymättä terveydenhuollon palveluissa useasti, mikäli olen arvellut ja pelännyt tilanteessa tapahtuvan väärinsukupuolitusta tai transfobista, epäasiallista käytöstä. (Sukupuoleton, 21)

Vältän asiointia terveydenhuollossa. En halua tavata aina vaihtuvia lääkäreitä ja heidän reaktioitaan. Tunnen olevani hyvin suojaton kohtaamisissa. Pahimmillaan tilanteet triggeröivät traumareaktiot ja joudun työstämään niitä pitkät ajat palauttaakseni tasapainoni jälleen. (Transsukupuolinen, transmaskuliini, muunsukupuolinen, 42)

Osa vastaajista kertoo välttelevänsä terveydenhuoltoon hakeutumista ja mieluummin kestävänsä fyysistäkin kärsimystä ilman terveydenhuollon apua kuin kohtaavansa epäasiallisuuksia hoitohenkilöstöltä. Eräs 23-vuotias transmies kuvaa esimerkiksi migreenikohtauksia, kuumaa aaltoilua ja sormen murtumista ”pikkuvaivoina”, joiden takia hän ei mene lääkäriin huonon kohtelun vuoksi. Seuraava informantti kuvaa samanlaista suhtautumista vielä yleisemmin.

En suostu menemään terveydenhuoltoon, ellei pää ole jo irti. Toki käyn mt-palveluissa, mutta siellä saan vaihtaa näkemääni henkilöä erittäin pienellä kynnyksellä. Fyysisistä oireista mieluummin kärsin yksin, kuin vastaanotan epäluuloisia katseita. (Gnc mies, 22)

Sukupuolivähemmistöjen terveydenhuollon välttely huonojen kokemusten tai niiden pelon vuoksi tulee esille myös aiemmissa tutkimuksissa (Poteat ym. 2013; Nordmarken & Kelly 2014; Irni 2017).

Kuten sukupuolen korjausprosessin aiemmasta tarkastelusta ilmenee, kaikki sukupuolen korjausprosessiin hakeutuvat eivät saa transpoleilta tarvitsemiaan hoitoja ja prosessi on muutenkin pitkäkestoinen. Näistä syistä muutama vastaaja mainitsee hankkineensa sukupuolta vahvistavia hoitoja ja erityisesti hormonivalmisteita hoitojärjestelmän ulkopuolelta.

Olen myös aloittanut hormonihoidon itsenäisesti dysforian lievittämiseksi, sillä transpolilta en ole apua saanut. (Muunsukupuolinen poika, 20)

Tällä hetkellä en myöskään ole transpolin hormoneilla. -- Käytän ystäväni hormoneita, ja tämäkin riski ei olisi olemassa ilman transpolin uskomattomia käytäntöjä. (Transmies 21)

Aiemmissä tutkimuksissakin (Repka & Repka 2013; Irni 2017) on todettu, että maissa, joissa sukupuolta vahvistavat hoidot on keskitetty, huonot kokemukset voivat johtaa hormonivalmisteiden hankkimiseen järjestelmän ulkopuolelta. Tällä on terveystarve, kun valmisteiden käyttö ei tapahdu hoitohenkilöstön valvonnassa (Irni 2017, 122). Ottaen huomioon sukupuolivähemmistöjen kokemien haasteiden yleisyyden sukupuolen korjausprosessin suhteen, ei hoitojärjestelmän ohittaminen ole yllättävä havainto vaan pikemminkin luonnollista seurausta sen epäkohdista.

### **6.3.3. Epäkohtiin puuttuminen ja palveluntarjoajien valikointi**

Kolmas terveydenhuollon navigoimiseen liittyvistä teemoista on aktiivinen puuttuminen epäkohtiin sekä palveluntarjoajien valikointi. Hoitohenkilöstön ohjeistaminen, epäkohdista huomauttaminen ja muun palautteen antaminen ovat keinoja, joilla sukupuolivähemmistöt voivat pyrkiä vaikuttamaan kohteluunsa terveydenhuollossa. Yleistä terveydenhuoltoa koskevissa kertomuksissa vastaajat kuvaavat monenlaisia tapoja, joilla he ovat puuttuneet epäasialliseen kohteluunsa tai pyrkineet valistamaan hoidostaan vastaavia ammattihenkilöitä tulevien kohtaamisten helpottamiseksi.

Jos terveydenhoitaja tai lääkäri on suullisesti tai kirjallisesti väärinsukupuolittanut, olen päättänyt että puutun asiaan aina kun voin, ja niin olen tehnytkin. (Ei-binäärinen, 39)

Minulla on ollut hoitokontakti yli puolen vuoden ajan psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa, ketä olen joutunut kouluttamaan sukupuolen moninaisuuteen liittyvissä asioissa. -- Olen kouluttanut niitä keiden kanssa joudun jatkossa olemaan tekemisissä. Muutoin en ole jaksanut asiaan puuttua. (Transgender/muunsukupuolinen, 26)

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden valistaminen on yksi keskeisistä vastaajien keinoista navigoida terveydenhuoltoa. Jotkut kokevat sen taakkana, mutta muutama vastaaja kertoo valistavansa hoitohenkilöstöä mielellään, sillä se voi auttaa muitakin transpotilaita. Myös aiemmissa tutkimuksissa (Nordmarken & Kelly 2014; Roller ym. 2015; Ross ym. 2016) yksi terveydenhuollon navigoimisen tavoista on suhteiden työstäminen etenkin niihin ammattihenkilöihin, joiden kanssa potilas tietää tulevansa olemaan useasti yhteydessä.

Aiemmissa tutkimuksissa (Poteat ym. 2013; Nordmarken & Kelly 2014) on todettu joidenkin sukupuolivähemmistöihin kuuluvien potilaiden puuttuvan aktiivisesti terveydenhuollon epäkohtiin joko vaatien parempaa kohtelua tai valittaen kohtelusta ylemmille tahoille. Tästä löytyy mainintoja myös tutkimukseni informanttien kertomuksissa. Epäkohdista huomauttaminen ei kuitenkaan aina ole mahdollista, eikä se välttämättä johda toivottuun muutokseen, kuten seuraava vastaaja kertoo.

En ole saanut apua, yleensä vain korjaan hoitohenkilökunnan kommentit oikeiksi. Olen myös poistunut yhdeltä käynniltä törkeän kohtelun vuoksi. Osa henkilökunnasta ottaa kritiikkiä aikuismaisesti, osa taas suuttuu tai loukkaantuu. (Gnc mies, 22)

Jotkut vastaajat kuvaavat ammattihenkilön ottaneen palautetta väärinsukupuolittamisesta vastaan ja korjanneen kielenkäyttöään, mutta näin ei läheskään aina ole, eivätkä tilanteet ole aina sellaisia, että niissä asiasta edes voisi huomauttaa. Poteat ym. (2013) ovat analysoineet hoitohenkilöstön joissain tapauksissa torjuvan suhtautumisen kritiikkiin johtuvan osittain siitä, että ammattihenkilö pyrkii ylläpitämään hoitotilanteessa auktoriteettiaan, jota tiedonpuutteen aiheuttama epävarmuus kohtaamissa horjuttaa.

Epäasialliseen kohteluun puuttumisen lisäksi useat tutkimuksen informantit navigoivat terveydenhuoltoa palveluntarjoajien tarkalla valikoinnilla tai epäsojivan terveydenhuollon ammattihenkilön vaihtamisella. Eräs 25-vuotias muunsukupuolinen vastaaja kertoo harkinneensa lähetteen hakua transpolille yksityiseltä sektorilta, sillä hän oli

kuullut, ”että kaikki lääkärit eivät ole ihan ajan tasalla”. Eräs 51-vuotias nainen taas kertoo valitsevansa lääkärin huolella, ”jos kyse ei ole jostain ihan triviaalista”. Terveystieteiden palveluntarjoajan huolellinen valitseminen tai vaihtaminen ovat yleisiä keinoja navigoida terveydenhuoltoa aiemmissa tutkimuksissa (Poteat ym. 2013; Nordmarken & Kelly 2014; Roller ym. 2015). Jotkut informantit ovat voineet valita palveluntarjoajansa julkisen tai yksityisen sektorin tarjonnasta, mikä on lisännyt valintamahdollisuuksia.

Julkisella sektorilla kaikilla ei kuitenkaan ole yhtäläisiä mahdollisuuksia valita tai vaihtaa hoidostaan vastuussa olevaa terveydenhuollon ammattihenkilöä tai edes hoitoyksikköä alueellisten erojen vuoksi. Myös syrjinnästä raportointi voi olla hankalaa, kuten seuraava vastaaja kuvaa.

Julkisessa terveydenhuollossa yleisesti on ongelmana se että minkäänlaisesta syrjinnästä tai väheksynnästä on vaikeaa ilmoittaa ja lisäksi jos tätä syrjintää tai väheksyntää tapahtuu potilas ei välttämättä voi siirtyä lääkäriltä toiselle. Se onko lääkäri transfobinen ihminen on niin sattumankauppa että transsukupuolisena lääkärillä käynti tuntuu aivan yhtä turvalliselta kuin transsukupuolisena olemassa olo muutenkin. (Genderqueer, agender, muunsukupuolinen, 20)

Monilla ei myöskään ole varaa asioida yksityisellä sektorilla tai matkustaa kauemmaksi paremman palvelun toivossa, joten vaihtoehdot ovat tällöin rajatumpia. Informanteista valtaosa (70 %) kertoo käyttävänsä vain tai enimmäkseen julkisia terveystieteiden palveluja, ja lähes puolella (47 %) on ollut jonkinasteisia vaikeuksia toimeentulonsa suhteen aineistonkeruuta edeltävän vuoden aikana. Kaikkien mahdollisuudet valita palveluntarjoajansa eivät olekaan samat, vaan niihin vaikuttavat asuinpaikka ja toimeentulon taso.

Niilläkin vastaajilla, joiden on mahdollista valikoida ja vaihtaa palveluntarjoajansa, on kokemuksia näiden valintojen huonoista puolista. Eräs vastaaja kertoo seuraavassa esimerkissä, miten hänen hoitoon pääsynsä on vaikeutunut sen vuoksi, että hän kieltäytyy asioimasta oletettavasti parhaiten saatavissa olevan ammattihenkilön vastaanotolla huonoista kokemuksistaan johtuen.

En myöskään enää suostu menemään yhdelle mielenterveyspuolen lääkärille tämän asiattomien kommenttien ja kysymysten takia. Tästä johtuen joudun odottamaan lääkäriaikoja pidempään tai matkustamaan viereiseen kaupunkiin toiselle lääkärille. (Muunsukupuolinen transmaskuliini, 25)

Rollerin ym. (2015) tutkimuksessa matkustaminen pitkällekin hyväksi koetun terveydenhuollon saamiseksi on osa terveydenhuollon navigoimisen tapoja.

Terveydenhuollon tarjoajan valikointi ja vaihtaminen on kuitenkin vaivaa, aikaa ja usein varallisuutta vaativaa, eikä siihen kaikilla ole yhtäläisiä mahdollisuuksia.

On myös huomattavaa, että tutkimuksen aineistossa ei juuri esiinny kokemuksia samanlaisesta sukupuolen korjausprosessiin liittyvästä epäkohtiin puuttumisesta tai palveluntarjoajien valikoinnista. Transpolilla ammattihenkilön vaihtamisesta kertoo vain kaksi vastaajaa. Siinä missä yleisessä terveydenhuollossa on vaihtelevia mahdollisuuksia valikoida palveluntarjoajia, ovat keskitetyssä sukupuolen korjausprosessin hoitojärjestelmässä nämä mahdollisuudet vieläkin rajatumpia. Koska hoitohenkilöstön valikointi ei pääsääntöisesti sukupuolen korjausprosessissa ole mahdollista ja diagnoosin saaminen on kiinni auktoriteettien arvioista, vaihtoehtoiksi vastoinkäymisiä kokiessa jää tilanteen hyväksyminen, mahdollinen odotuksiin mukautuminen hoitojen saamiseksi tai järjestelmän ohittamisen yrittäminen.

#### **6.3.4. Vertaiset ja läheiset voimavarana**

Edelliset teemat ovat koskeneet sukupuolivähemmistöjen tapoja vaikuttaa kokemuksiinsa terveydenhuollossa. Terveydenhuollon navigoimiseen liittyy myös henkinen jaksaminen ja voimavarat vaikeista tilanteista selviytymiseen, jota tukevia tekijöitä käsittelen viimeisenä teemana. Useat tutkimuksen informantit kertovat ensinnäkin, että he ovat harvoin saaneet tukea kohtaamiinsa haasteisiin ja vastoinkäymisiin terveydenhuollosta. Niissäkin tapauksissa, joissa tukimuotoja on tarjottu, ne on koettu usein vääränlaisiksi omille tarpeille.

Sukupuolen korjausleikkaus oli henkisesti hyvin raskas prosessi. Minulle ei tarjottu mitään apua henkisesti vaikean vaiheen yli. Koko sukupuolen korjausprosessini ajan tulisi potilaalla olla mahdollisuus keskusteluapuun psykologin tai terapeutin kanssa. (Muunsukupuolinen, 47)

Transpolilla tarjottiin ilmaista "sukupuolisensitiivistä terapiaa" tai mitälie, joka olisi ollut max kymmenen kerran keskustelukäynnit jonkun terapeutin kanssa. Sitä on tarjottu pariinkin kertaan polikäyntieni aikana, keskivaiheilla sekä viimeisellä kerralla jossa minut laitettiin vuodeksi jäähyllä. Siellä kuulemma voi miettiä ja keskustella sukupuoleen liittyvistä asioista. En ole mennyt näille käynneille, sillä en usko saavani sieltä mitään mikä auttaisi minua, koska omasta mielestäni minulla on aika selkeä käsitys sukupuolestani ja siitä mitä haluan transpolilta. (Sukupuoleton, 20)

Aineistoesimerkit kuvaavat kaivatun tuen puutetta sukupuolen korjausprosessissa, mutta mainintoja löytyy myös tuen puutteesta yleisessä terveydenhuollossa. Informanteista muutama kertoo saaneensa tarvitsemaansa tukea palvelujärjestelmästä, mutta he ovat selkeässä vähemmistössä. Irninkin (2017) tutkimuksen mukaan transihmiset eivät koe saavansa tarpeeksi tukea hoitohenkilöstöltä ja etsivät sitä usein muualta.

Informantit nimeävät merkittävimmiksi voimavaroikseen vertaisensa ja muut läheiset ihmiset, joilta he kertovat saavansa tukea terveydenhuollon haasteista ja epämiellyttävistä kokemuksista selviytymiseen. Eräs 27-vuotias transmies kertoo, että ”etenkin kämppikset ja livenä kokoontuvat vertaisryhmät ovat olleet korvaamaton tuki”. Seuraava vastaaja kuvaa läheistensä tuen tapoja vielä tarkemmin.

Paras tuki ja apu on ovat olleet sekä kumppanini, että läheiset kaverini, joiden kanssa olen voinut keskustella sukupuoli-identiteettiin liittyvistä asioista sekä itkeä transpolin huonoista päätöksistä. (Sukupuoleton, 20)

Sekä sukupuolen korjausprosessiin että muuhun terveydenhuoltoon liittyvistä vaikeista kokemuksista selviämässä vertaistuki ja läheisten tuki vaikuttavat merkittävimmiltä voimavaroilta. Osa käy vertaisryhmätapaamisissa tai keskustelelee vertaistensa kanssa internetin välityksellä. Vertaiset voivat olla myös ystäviä, kumppaneita tai muita läheisiä ihmisiä. Kokemusten purkaminen läheisille ja vertaisille ovat yleisiä selviytymiskeinoja aiempienkin tutkimusten (Roller ym. 2015; Ross ym. 2016) mukaan.

Useat informantit kertovat myös saaneensa vertaisiltaan tärkeää tietoa sukupuolen korjausprosessista sekä siihen liittyvistä mahdollisista haasteista. Tämä tieto on heidän kertomustensa mukaan auttanut heitä navigoimaan prosessia.

Olisin varmasti kohdannut enemmän ongelmia [sukupuolen korjausprosessin kanssa] jos minulla ei olisi ollut tietoa jota olen muilta transihmisiltä saanut. (Transfeminiini, 32)

Vertaisilta saadun tiedon tärkeys ja sen rooli terveydenhuollon järjestelmien koettujen puutteiden paikkaamisessa mainitaan myös aiemmissä tutkimuksissa (Poteat ym. 2013; Ross ym. 2016). Irni (2017) on huomionnut suomalaisilta sukupuolivähemmistöiltä puuttuvan usein tietoa sukupuolen korjausprosessiin liittyvistä asioista sekä tuonut esille tutkimuksessaan vertaistukiryhmien hyödyntämisen tukiverkon lisäksi myös tiedonlähteenä. Vertaisryhmien ja läheisten ihmisten lisäksi muutama informantti kertoo saaneensa tukea

sukupuolivähemmistöjen tarpeita palvelevilta järjestöiltä kuten Sukupuolen moninaisuuden osaamiskeskuksesta.

On kuitenkin huomattava, että kaikki informantit eivät koe saavansa tukea miltään edellä mainituista tahoista. Muutama vastaaja kertoo myös kokevansa, että saatu tuki on ollut liian vähäistä haasteisiin verrattuna.

Terveystenhoito on traumatisoinut minut vakavasti ja transprosessin jälkeen olen kärsinyt vakavasta [traumaperäisestä stressihäiriöstä]. Olen saanut apua silloiselta transtukipisteeltä, vertaisilta ja omalta lähipiiriltä. En silti koe että saan tarpeeksi tukea, jotta kokisin terveydenhuollossa asioinnin millään tasolla turvalliseksi. (Transsukupuolinen, transmaskuliini, muunsukupuolinen, 42)

En selvinnyt [haasteista] henkisesti hyvin, koska yritin itsemurhaa viime vuonna koska uusi terapeutini oli transfoobinen ja sai minut uskomaan etten koskaan saisi hoitoa ja että kukaan ei välittänyt. (Transmies, 16)

Jotkut kertovat yrittävänsä välttää huonojen kokemusten ajattelua sekä suhtautua vastoinkäymisiin ja kaltoinkohteluun kepeästi. Toiset taas kertovat itsetuhoisista ajatuksista ja käytöksestä eivätkä edes osaa arvioida, miten he ovat selvinneet haasteista hengissä. Budgen ym. (2013) tutkimuksen mukaan transihmiset välttelevät sitä enemmän tunteitaan ja kokevat enemmän mielenterveysongelmia mitä vähemmän sosiaalista tukea he saavat. Hankalien tilanteiden ja tunteiden välttely voi auttaa ylittämään haasteita, mutta sillä voi olla negatiivisia vaikutuksia itsetunnolle ja identiteetille (Budge ym. 2013, 546).

Muutama informantti kertoo myös kasautuneiden huonojen kokemusten johtaneen siihen, että he ovat menettäneet uskonsa terveydenhuoltoon täysin.

Apua ei saa, valehdellaan ja annetaan vääriä diagnooseja, en saanut apua valituksen täyttämiseen. En luota lääkäriin, terapiaan, psykologiaan enää. -- Lääkärit on röyhkeitä ja tietämättömiä, vääristelevät eivätkä kuuntele, puhuvat transvastaisia asioita lehdissä. Jos on dysforian oireita, yritetään keksiä mikä tahansa syy tuputtaa masennusdiagnoosia, jotta tulee säästöä, jotta voi evätä. Syrji, kunnes suree ja oireilee syrjintä masentaa, oravanpyörä alkaa alusta, käytetään syrjinnästä ja hoitamattomana pahentuneen dysforian oireita väärään masennusdiagnoosiin ja evätään apu aina uudelleen. Nerokasta, syrjintä tuottaa säästöä, kun ihmiset ei jaksa enää elää. (Transmasc/androgyni, 28)

Tämänlaiset ajatukset ja tunteet ovat selvästi seurausta lukuisista vastoinkäymisistä ja kaltoinkohtelun kokemuksista terveydenhuollossa. Näiden kokemusten valossa läheisten ihmisten, vertaisten, järjestöjen ja terveydenhuollon tarjoaman tuen merkitys sukupuolivähemmistöjen hyvinvoinnille korostuu. Joidenkin kohdalla tuen saannissa onkin kyse elämästä tai kuolemasta.

## 7. JOHTOPÄÄTÖKSET

Olen tässä tutkimuksessa käsitellyt terveydenhuollon suhdetta sukupuolen moninaisuuteen sukupuolivähemmistöjen omien kokemusten avulla. Olen kerännyt verkkokyselyllä kattavan joukon sukupuolivähemmistöjen kertomuksia heidän kokemuksistaan terveydenhuollossa ja muodostanut sisällönanalyysin avulla aineistosta yleisiä teemoja, jotka vastaavat tutkimuskysymyksiini. Ennen viimeistä pohdintalukua käyn läpi tutkimukseni keskeiset johtopäätökset ja vertailen tuloksia vielä aiempaan tutkimukseen.

### 7.1. Tutkimuksen johtopäätökset

Ensimmäisenä tutkimuskysymyksenä käsitelin sukupuolivähemmistöjen kokemuksia yleisestä terveydenhuollosta. Tutkimustulokseni osoittavat, että sukupuolivähemmistöjen kokemukset yleisestä terveydenhuollosta ovat moninaisia. Jotkut sukupuolivähemmistöihin kuuluvat eivät koe sukupuolensa tai sen ilmaisun vaikuttaneen koskaan heidän saamaansa kohteluun terveydenhuollossa, mutta suurella osalla on terveydenhuollon ammattihenkilöiden suhtautumisesta huonoja ja jopa traumaattisia kokemuksia. Monien kohtaamisiin liittyvien ongelmien taustalla on hoitohenkilöstön yleinen tiedonpuute sukupuolen moninaisuudesta. Tämä näkyy niin hämmennyksenä ja oletuksina kuin asiattomina kommentteinakin. Tiedonpuute johtaa myös hoitovirheisiin ja sukupuolivähemmistöjen vaikeuksiin saada tarvitsemaansa hoitoa.

Monet sukupuolivähemmistöihin kuuluvat ihmiset kokevat joutuvansa kouluttamaan hoitohenkilöstöä sukupuolen moninaisuudesta sekä sietämään sukupuolioletuksia ja tahallisempaa väärinsukupuolittamista. Myös kokemukset häirinnästä, hoidon eväämisestä ja muusta terveydenhuollon ammattihenkilöiden asiattomasta käytöksestä ovat sukupuolivähemmistöjen keskuudessa yleisiä. Kaikki terveydenhuollon ammattihenkilöt eivät vaikuta näkevän sukupuolivähemmistöjä kunnioittavan kohtelun arvoisina. Huonot kokemukset terveydenhuollosta ovat monien transihmistien kohdalla niin yleisiä ja odotettuja, että asiantuntevia, kunnioittavia ja asiallisia kohtaamisia muistellaan lämmöllä ja arvostuksella. Toistuvat huonot kokemukset terveydenhuollossa asiainnista saavat sukupuolivähemmistöihin kuuluvat ihmiset epäröimään asiointia terveydenhuollossa ja pelkäämään tulevaa kohtelua.



Lääketiede on historiallisesti tuottanut ja ylläpitänyt käsitystä binäärisen sukupuoli- ja sukupuolijärjestyksen luonnollisuudesta osana ihmisiä hallinnoivaa biopolitiikkaa (Tainio 2013; Haataja 2019, 14). Sukupuolivähemmistöjen kokemukset viestivätkin terveydenhuoltoon syvään juurtuneista sukupuolikäsityksistä, jotka sulkevat sukupuolen moninaisuuden ulkopuolelleen. Tämä ilmenee hoitohenkilöstön sukupuoli-oletuksina sekä potilaan sukupuolen ja siihen liittyvien kokemusten vähättelynä ja mitätöintinä. Terveydenhuollon ammattihenkilöt voivat nähdä transihmisen sukupuolen mielipiteenä tai hetken mielihjohteena, joka ei vaikuta ammattihenkilön käsitykseen hänen ”todellisesta” eli syntymässä määritetystä sukupuolestaan. Käsitys kahdesta fyysisiin ominaisuuksiin palautettavissa olevasta sukupuolesta näyttääkin elävän vahvana terveydenhuollossa. Tämä käsitys vaikuttaa myös terveydenhuollon järjestelmien, tilojen ja tilanteiden sopimattomuuteen sukupuolivähemmistöille. Nämä sukupuolijärjestelmään perustuvat odotukset etäännyttävät sukupuolivähemmistöjä terveydenhuollon asiakkuudesta.

Toinen tutkimuskysymykseni koski sukupuolivähemmistöjen kokemuksia sukupuolen korjausprosessista. Analyysini mukaan kokemuksiin vaikuttaa ensinnäkin transpolien hoitohenkilöstön valta-asema sukupuolivähemmistöjen hoidontarpeen määrittäjänä. Tämä valta-asetelma on oleellinen osa sukupuolikäsityksiä rikkovien ihmisten hallinnointia, joka on mahdollistanut transihmisille sukupuolta vahvistavien hoitojen saannin mutta samalla rajoittanut heidän itsemääräämisoikeuttaan (Butler 2004; Stryker 2013, 153–154; Tainio 2013, 18–23). Sukupuolivähemmistöjen kuvauksissa niin tämä portinvartijuus kuin sukupuolen korjausprosessin diagnoosikriteerit ja prosessiin liittyvät käytännöt itsessään koetaan epäreiluiksi ja turhauttaviksi. Riippumatta kohtaamisista hoitohenkilöstön kanssa moni informantti kokeekin, että vanhentunut ja jäykkä hoitojärjestelmä estää potilaiden inhimillisen kohtelun ja monien sukupuolta vahvistavia hoitoja tarvitsevien hoidonsaannin.

Sukupuolen korjausprosessiin liittyy myös sukupuolinormeja, jotka vaikuttavat sukupuolivähemmistöjen kokemuksiin diagnosointiprosessista. Näitä normeja ovat erityisesti kaksijakoinen transsukupuolisuus sekä transnaisten ja -miesten sukupuolen ilmaisua koskevat tiukat normit. Monet transpolilla asioineet transihmiset kokevat, että heiltä odotetaan esimerkiksi sukupuolinormeihin asettuvaa pukeutumista ja käytöstä todisteeksi sukupuolikokemuksestaan. Lisäksi diagnosointiin voivat vaikuttaa ikään, seksuaalisuuteen ja laajempaan elämäntilanteeseen liittyvät tekijät, joilta odotetaan normatiivisuutta eli esimerkiksi heteroseksuaalisuutta ja lasten haluamista. Normeihin

sopimattomat transihmiset eivät välttämättä saa tarvitsemiaan hoitoja. Tähän vaikuttavat diagnosoikriteerien lisäksi niiden tulkinta, joka voi vaihdella hoitohenkilöstön keskuudessa.

Monet sukupuolivähemmistöihin kuuluvat ihmiset kertovat tämän lisäksi kohdanneensa transpoleilla epäluuloisuutta, kokemustensa vähättelyä ja epäasiallisia kommentteja. Varsinkin sukupuolikokemusten epäasiallinen vähättely on vastaajien kokemuksissa yleistä. Sukupuolen korjausprosessiin liittyvä valta-asetelma on ylläpitänyt käsitystä siitä, että transihmiset eivät pysty määrittämään omia sukupuoliaan tai tarpeitaan (Butler 2004, 75–77; Repka & Repka 2013, 115). Tämä selittääkin osaltaan sukupuolivähemmistöjen kokemuksia. Joillain on myös traumaattisia kokemuksia sukupuoleen perustuvasta tai seksuaalisesta häirinnästä sukupuolen korjausprosessiin liittyvissä hoitoyksiköissä. Asiallisiksi tai hyviksi kuvailtuja kokemuksia on vastaajien vähemmistöllä, ja ne vaikuttavat sukupuolivähemmistöjen kertomuksissa positiivisilta yllätyksiltä odotetun asiantilan sijaan.

Sukupuolen korjausprosessin käytännön ongelmia ovat kohtuuttoman pitkät odotusajat, prosessin kesto sekä matkat transpoleille. Sekä odotusajat lähetteen saamisesta ensimmäiseen vastaanottokertaan transpolilla että odotusajat sen jälkeen ovat monilla potilailla olleet kohtuuttoman pitkiä ja aiheuttaneet heille stressiä. Matkojen pituus ja sen kokeminen kohtuuttomaksi kertovat siitä, että sukupuolen korjausprosessin saavutettavuuteen liittyy alueellista ja sosioekonomiseen asemaan perustuvaa eriarvoisuutta. Nämä käytännön tekijät ovat sukupuolivähemmistöjen kokemuksissa sukupuolen korjausprosessia hankaloittavia.

Sukupuolivähemmistöt kohtaavat terveydenhuollossa monenlaista kaltoinkohtelua sekä epäreiluiksi koettuja odotuksia ja vaatimuksia hoitohenkilöstöltä. Se, miten sukupuolivähemmistöt selviytyvät näistä haasteista ja pyrkivät ennaltaehkäisemään huonoa kohteluaan, vaihtelee. Näitä monipuolisiksi osoittautuneita terveydenhuollon navigoinnin keinoja tarkastelin kolmantena tutkimuskysymyksenäni. Monet kertovat reagoivansa terveydenhuollossa sukupuolienormien ja -oletusten läsnäoloon ensinnäkin niitä sietämällä ja niihin mukautumalla. Normit ovat sukupuolen korjausprosessiin liittyvässä ja muussa terveydenhuollossa kuitenkin erilaisia. Siinä missä yleisessä terveydenhuollossa keskeinen sukupuolivähemmistöjen kokemuksiin vaikuttava normi on cissukupuolisuus, sukupuolen korjausprosessissa läsnä ovat kapeat ja kaksijakoiset käsitykset transsukupuolisuudesta sekä muut sukupuoleen liittyvät normit kuten heteroseksuaalisuus ja odotus selvän naisellisesta tai miehisestä ulkonäöstä. Yleisessä terveydenhuollossa monet sukupuolivähemmistöihin kuuluvat sietävät heihin kohdistuvaa väärinsukupuolittamista ja

vaikenevat sukupuolestaan, kun taas transpoleilla jotkut potilaat mukautuvat binäärisen transsukupuolisen rooliin saadakseen tarvitsemansa diagnoosin ja hoidot.

Jotkut sukupuolivähemmistöihin kuuluvat pyrkivät vastaamaan kohtaamaansa epäasialliseen kohteluun siitä huomauttamalla, vaihtamalla terveydenhuollon ammattihenkilöä tai valikoimalla palveluntarjoajansa tarkkaan. Yleisessä terveydenhuollossa mahdollisuudet valikoida palveluntarjoajia kuitenkin vaihtelevat asuinpaikan ja toimeentulon mukaan. Palautteen anto ei myöskään ole aina helppoa tai johda toivottuihin lopputuloksiin. Koska hoitohenkilöstön valinta ei pääsääntöisesti keskitetyssä sukupuolen korjausprosessissa taas ole mahdollista, prosessin navigoinnin vaihtoehdot voivat rajautua hoitohenkilöstön odotuksiin mukautumiseen tai järjestelmän ohittamiseen kokonaan.

Valtaosa tutkimuksen informanteista kertoo vähintäänkin epäröivänsä terveydenhuoltoon hakeutumista epäasiallisen kohtelun ja kommentoinnin pelossa. Osa kertoo välttelevänsä terveydenhuoltoon hakeutumista kokonaan ja kestävänsä fyysistäkin kärsimystä ennemmin kuin kohtaavansa syrjivää ja epäasiallista kohtelua. Sukupuolivähemmistöt saavat tukea terveydenhuollon aiheuttamista haasteista selviämiseen pääsääntöisesti terveydenhuollon sijaan läheisiltään, vertaisiltaan ja joissain tapauksissa järjestöiltä. Kaikki eivät kuitenkaan koe saavansa tukea mistään, ja osalla huonot kokemukset ovat kasautuneet erittäin kuormittaviksi.

Sukupuolivähemmistöjen terveydenhuoltoa koskevalta tutkimuskentältä on tätä ennen puuttunut kvalitatiivinen tutkimus, jossa käsitellään sekä sukupuolen korjausprosessia että muuta terveydenhuoltoa koskevia kokemuksia. Tutkimukseni mahdollistaakin uusien havaintojen tekemisen näistä osa-alueista niitä vertailemalla. Tämän tutkimuksen tuloksissa on mielenkiintoisia yhtäläisyyksiä koskien yleistä terveydenhuoltoa ja keskitettyä sukupuolen korjausprosessia. Voisi olettaa, että sukupuolivähemmistöjen erityistarpeisiin perehtyneet transpolien ammattihenkilöt kohtelisivat transihmisiä muun terveydenhuollon henkilöstöä paremmin. Suuri osa vastaajista kertoo kuitenkin epäasiallisesta ja syrjivästä kohtelusta myös sukupuolen korjausprosessiin liittyvissä yksiköissä. Tulkitsen tämän johtuvan osaksi sukupuolivähemmistöihin liittyvän yhteiskunnallisen stigman vahvuudesta ja osaksi sukupuolen korjausprosessiin sisäänrakennetusta valta-asetelmasta, joka antaa hoitohenkilöstölle oikeuden arvioida potilaiden sukupuolikokemuksia. Toisin kuin muualla terveydenhuollossa sukupuolen korjausprosessissa ongelmana ei ole niinkään hoitohenkilöstön tiedonpuute vaan kapeat käsitykset transihmisyydestä ja auktoriteettiasema, jota potilaiden on vaikea kyseenalaistaa.

Toinen sukupuolivähemmistöjen terveydenhuoltokokemuksia yhdistävä teema on sukupuolinormien vaikutus heidän kohteluunsa sekä normeihin mukautuminen terveydenhuollon navigointitapana. Yleisessä terveydenhuollossa cisnormatiiviset oletukset saavat monet sukupuolivähemmistöihin kuuluvat tuntemaan olonsa näkymättömäksi, koska heidän olemassaoloaan ei tunnisteta. Jotkut ottavat taakakseen oletusten korjaamisen ja hoitohenkilöstön valistamisen, kun taas moni vaikenee sukupuolestaan asiallisen kohtelun toivossa ja sietää väärinsukupuolittamista. Transpoleilla jotkut potilaat taas mukautuvat odotuksiin binäärisestä transsukupuolisuudesta saadakseen tarvitsemansa hoidot. Tähän vaikuttavat lainsäädännölliset vaatimukset ja voimassa olevat diagnoosikriteerit mutta myös yleiset asenteet. Transihmisyys on pitkään nähty kaksijakoisena transnaisena ja -mieheytinä, ja transihmisten sukupuolidysforian hoito on perustunut oletuksille normatiivisten sukupuolipiirteiden saavuttamisesta. Näiden normien ulkopuolelle asettuvien transihmisten tarpeet onkin pitkään sivuutettu ja heidän kokemuksiaan vähätelty.

## **7.2. Vertailu aiempiin tutkimuksiin**

Tämän tutkimuksen tuloksilla on paljon yhteistä ulkomaisten tutkimusten kanssa mutta myös kansalliseen kontekstiin liittyviä eroja. Erityisesti yleisen terveydenhuollon hoitohenkilöstön tiedonpuute sukupuolen moninaisuudesta ja sukupuolivähemmistöjen kohtaamisesta on aiemmissa tutkimuksissa (Nordmarken & Kelly 2014; Roller ym. 2015; Lindroth 2016) toistuva teema, jonka läsnäolo tässä tutkimuksessa osoittaa sen yleisyyden myös Suomessa. Tutkimuksessani tulee myös esille samanlaisia mikroaggressioita kuin Nordmarkenin ja Kellynkin (2014) tutkimuksessa: sukupuolivähemmistöihin kuuluvien potilaiden sukupuolen kyseenalaistaminen ja torjuminen sekä väärinsukupuolittaminen ovat loukkaavia toimintatapoja, joita esiintyy terveydenhuollossa hälyttävän paljon. Rossin ym. (2016) tutkimuksen mukaan keskeisiä potilastyytyvää edistäviä tekijöitä ovat hoitohenkilöstön tietoisuus sukupuolen moninaisuudesta ja kunnioittava suhtautuminen, ja samat teemat toistuvat omassa analyysissäni. Kunnioittavuuden merkitys kuitenkin korostuu tutkimuksessani vieläkin enemmän.

Suomalainen keskitetty sukupuolen korjausprosessi ei ole suoraan verrannollinen muiden maiden vaihtelevien järjestelmien kanssa. Tutkimuksessani vahvasti esille nouseva transpolien hoitohenkilöstön portinvartian asema sukupuolta vahvistaviin

hoitoihin on kuitenkin rakenteellinen tekijä, joka toistuu erityisesti ruotsalaisissa tutkimuksissa, sillä siellä järjestelmä on myös keskitetty (Repka & Repka 2013; Lindroth 2016). Suomessa aihetta on tutkittu hyvin vähän, mutta Irnin (2017) tutkimus hormonihoidon riskien suhteellisuudesta sisältää myös sukupuolivähemmistöjen kokemuksia sukupuolen korjausprosessista. Tutkimukseni antaa tukea Irnin havainnoille huonojen kokemusten ja niiden pelon yleisyydestä sekä järjestelmän ohittamisesta viimeisenä vaihtoehtona. Samalla tutkimukseni tuo esiin suomalaiselle tarkastelulle uudempiä näkökulmia kuten väärinsukupuolittamisen eri ilmenemismuodot. Myös sellaisten haasteiden, jotka liittyvät rajalliseen mahdollisuuteen vaihtaa tai valita terveydenhuollon palveluntarjoajaa, havainnointi on Suomen kontekstissa uutta.

Huomioni sukupuolivähemmistöjen tavoista navigoida terveydenhuoltoa ovat monin osin yhteneviä aiemman tutkimuksen kanssa, mutta niihinkin vaikuttaa kansallinen konteksti. Kuten Poteatin ym. (2013) ja Nordmarkenin ja Kellyn (2014) tarkasteluissa, terveydenhuollon haasteista selviytymisen tavat ovat tilannekohtaisia, ja mahdollisuudet puuttua epäkohtiin vaihtelevat. Navigoiminen ei vaikutakaan suomalaisessa kontekstissa yhtä selkeän prosessimaiselta kuin Rollerin ym. (2015) tutkimuksessa, vaan se on reagoivaa ja hyvin vaihtelevaa. Tarkastelussani nousee esille myös sukupuolinormeihin mukautumisen teema, jota ei juuri ole käsitelty aiemmissä empiirisissä tutkimuksissa. Butler (2004), Bettcher (2014) ja suomalaisessa kontekstissa Irni (2017) ovat käsitelleet sitä sukupuolta vahvistavien hoitojen saamisen näkökulmasta, mutta tutkimukseni korostaa normeihin mukautumista myös muussa terveydenhuollossa. Olenkin tutkimuksessani nostanut normeihin mukautumisen yhdeksi keskeisistä terveydenhuollon navigoimisen tavoista.

## 8. POHDINTA

Tämä tutkimus on ensimmäinen sukupuolivähemmistöjen terveydenhuoltokokemuksia kokonaisvaltaisesti tarkasteleva kvalitatiivinen tutkimus Suomessa. Tutkimukseni antaa kattavan kokonaiskuvan sukupuolivähemmistöjen kokemuksista sukupuolen korjausprosessista ja muusta terveydenhuollosta. Olen myös käsitellyt sukupuolivähemmistöjen tapoja navigoida terveydenhuoltoa selvitäkseen siihen liittyvistä haasteista. Tämän tutkimuksen tuloksia voisi hyödyntää terveydenhuollossa sen järjestelmien ja hoitohenkilöstön koulutuksen kehittämisessä niin, että se ottaisi jatkossa paremmin huomioon sukupuolen moninaisuuden. Tavoitteenani on ollut myös tuottaa tietoa, josta voi olla hyötyä sukupuolivähemmistöjen yhdenvertaisuutta edistävälle vaikutustyölle.

Tutkimukseni tulokset osoittavat, että sukupuolivähemmistöjen yhdenvertaisuus ei toteudu terveydenhuollossa. Sukupuolivähemmistöjä ei kohdella samalla tavalla tasavertaisina terveydenhuollon asiakkaina kuin cissukupuolista valtaväestöä. Keskeisiä epäkohtia yleisessä terveydenhuollossa on sen hoitohenkilöstön tiedonpuute sukupuolen moninaisuudesta, terveydenhuollon järjestelmien rakenteellinen kaksijakoinen sukupuolittuneisuus sekä sukupuolivähemmistöjen puutteelliset mahdollisuudet vaikuttaa kohtaamaansa kaltoinkohteluun. Monilla huonot kokemukset ovat toistuvia ja johtavat jopa terveydenhuollon välttelyyn, mikä voi vaikuttaa negatiivisesti heidän terveyteensä ja hyvinvointiinsa. Sukupuolen korjausprosessissa eniten turhautumista sukupuolivähemmistöissä aiheuttavat hoitohenkilöstön auktoriteettiasema, normatiiviset diagnosikriteerit ja prosessin pitkäkestoisuus, minkä lisäksi epäasiallista kohtelua tapahtuu myös transpoleilla. Asiantuntijuus ei tarkoita automaattisesti kunnioittavaa tai avointa suhtautumista, ja monet transihmiset kokevat itsemääräämisoikeutensa ja valintamahdollisuuksiensa toteutumisen sukupuolen korjausprosessissa puutteellisiksi. Ottaen huomioon sen, kuinka paljon sukupuolivähemmistöt tukeutuvat läheisiin ihmisiin ja vertaisiinsa, korostuu epäkohtana myös psykososiaalisen tuen puute terveydenhuollossa.

Sukupuolivähemmistöjen kohteluun terveydenhuollossa vaikuttaa yhteiskunnassa vallitseva ja lääketieteenkin ylläpitämä sukupuolijärjestelmä. Kuten olen tässä tutkielmassa tuonut esille, sukupuolijärjestelmässä ymmärrettäviä sukupuolia ovat eritoten cissukupuoliset naiset ja miehet, jolloin normeja rikkova sukupuolen moninaisuus asettuu kyseenalaiseksi ja marginaaliin. Terveydenhuollon kohtaamisissa tämä näkyy siinä, miten hoitohenkilöstö olettaa potilaiden olevan cissukupuolisia ja kohtelee

sukupuolivähemmistöihin kuuluvia potilaita hämmennyksellä, epäluulolla ja torjunnalla. Sukupuolen moninaisuuden syrjäyttäminen näkyy terveydenhuollossa käytännön tasolla sukupuoli oletuksina, väärinsukupuolittamisena ja sukupuolivähemmistöjen häirintänä. Yleisiin sukupuolikäsityksiin sopimattomia sukupuolia ei usein edes tunnisteta mahdolliseksi, ja sukupuolivähemmistöjen kokemusten kieltäminen ja vähättely ovat terveydenhuollossa yleistä vallankäyttöä, jolla ylläpidetään sukupuolijärjestelmää ja sukupuolivähemmistöjen marginalisointia.

Sukupuolen moninaisuuden ulkopuolelleen sulkevan sukupuolijärjestelmän normit näkyvät potilastapaamisisten lisäksi terveydenhuollon järjestelmissä. Rakennetasolla suuri epäkohta on, että monet terveydenhuollon järjestelmät toimivat sukupuolen kaksijaon periaatteella juridisen sukupuolijaottelun mukaisesti. Tämä on osatekijä transihmisten eriarvoiseen kohteluun terveydenhuollossa, sillä se ylläpitää oletuksia siitä, että kaikki potilaat ovat naisia tai miehiä. Sukupuolen itsemäärittelyn mahdollistamisella ja normalisoinnilla terveydenhuollon järjestelmissä voitaisiin helpottaa sukupuolivähemmistöjen asiointia ja myös vähentää sukupuoleen liittyvää olettamista. Vahvasti sukupuolitettuja tiloja tulisi muuttaa niin, että ne ottavat huomioon sukupuolen moninaisuuden. Nämä järjestelmätason muutokset asettaisivat paremmat raamit asiallisille ja kunnioitettaville kohtaamisille terveydenhuollossa.

Tasa-arvolaisissa kielletään sukupuolivähemmistöjen syrjintä, mutta samoin kuin monilla muilla elämänsä osa-alueilla, myös terveydenhuollossa sukupuolivähemmistöt kohtaavat sukupuoleen perustuvaa ja seksuaalista häirintää. Kالتوinkohtelun kokemukset ovat niin yleisiä, että huono kohtelu tuntuu monista odotetulta asiantilalta. Tämä on hälyttävä havainto sukupuolivähemmistöjen asemasta ja osoittaa tarpeen muutoksille terveydenhuollossa. Sukupuolivähemmistöt kokevat myös hoitohenkilöstön vaihtelevan suhtautumisen aiheuttavan epävarmuutta, kun uuden hoitokontaktin alussa ei tiedä, mitä on vastassa. Muutama informantti peräänkuuluttaa tehokkaampia keinoja raportoida syrjinnästä ja muista epäasiallisuuksista terveydenhuollossa, ja tähän vaatimukseen on helppo yhtyä. Ongelma tulee tiedostaa ja ottaa vakavasti sukupuolivähemmistöjen yhdenvertaisuuden ja hyvinvoinnin kannalta, sillä huonot kokemukset etäännyttävät heitä terveydenhuollon asiakkuudesta. Kenenkään ei tule joutua elintärkeisiin palveluihin hakeutuessaan kohtaamaan tai edes pelkäämään kokemustensa vähättelyä tai vihamielistä suhtautumista.

Tutkimukseni tulosten mukaisesti olisi tärkeää kiinnittää myös laajemmin huomiota terveydenhuollon hoitohenkilöstön tiedonpuutteeseen sukupuolen moninaisuudesta sekä sukupuolivähemmistöjen kohtaamisesta ja heidän erityistarpeistaan.

Satunnaisten terveydenhuollon ammattihenkilöiden tietoisuus ja osaaminen sukupuolivähemmistöjen kohtaamisesta ei riitä takaamaan asiallista asiointia. Näin on varsinkin siksi, että julkisella sektorilla ammattihenkilön valinta ja erityisesti arviointi etukäteen on miltei mahdotonta. Kaikkien mahdollisuudet valita palveluntarjoajansa eivät ole samat, vaan niihin vaikuttavat niin asuinpaikka kuin toimeentulon tasokin. Yhdenvertaisuuden kannalta olisikin ensisijaisen tärkeää lisätä ja kehittää terveydenhuollon hoitohenkilöstön koulutusta niin, että terveydenhuoltoon syntyy parempia valmiuksia kohdata sukupuolivähemmistöt ja heidän erityistarpeensa.

Siinä missä yleinen terveydenhuolto on rajannut sukupuolen moninaisuuden ulkopuolelleen, on sukupuolen korjausprosessi perustunut historiallisesti transihmisten biopoliittiseen hallintaan ja normalisointiin. Tutkimukseni tulokset osoittavat sukupuolen korjausprosessiin liittyvän valta-asetelman sekä tiukkojen diagnoosikriteerien ja niihin liittyvien sukupuolinormien rajoittavan monien transihmisten hoitoon pääsyä. Butler (2004, 76–77) on argumentoinut, että transihmisten diagnoosikategoriat itsessään ylläpitävät sukupuolinormeja ja patologisoivat kaikki yritykset tuottaa sukupuolta tavoilla, jotka eivät asetu sukupuolinormeihin. Tästä kuvauksesta on lähes kaksi vuosikymmentä ja monet asiat ovat muuttuneet niin lääketieteen suhtautumisessa sukupuolen moninaisuuteen kuin ylikansallisissa diagnoosiluokituksissa ja hoitokäytännöissäänkin. Tutkimukseni kuitenkin osoittaa, että Suomessa tämä kuvaus pitää pääosin yhä paikkaansa. Tutkimukseni sukupuolivähemmistöt kertovat itsekin avoimesti, että sukupuolta vahvistavien hoitojen järjestelmä on Suomessa kaikin puolin vanhentunut ja transpolit tuntuvat pikemminkin taistelutantereilta kuin tahoilta, joilta saa apua.

Sukupuolen korjausprosessi on Suomessa keskitetty erityispoliklinikoille sen vaatiman erityisosaamisen vuoksi. Ottaen kuitenkin huomioon transpoleille hakeutuvien ihmisten määrän kasvun sekä pitkät odotusajat ja matkat, näyttäisi hoitojärjestelmän laajentaminen ajankohtaiselta hoitoon pääsyn takaamiseksi. Palkon (2020a) suosituksissa jonoja pyritään lyhentämään psykososiaalisen tuen siirtämisellä julkiselle terveydenhuollolle, jolla ei kuitenkaan ole valmiuksia transihmisten erityistarpeisiin vastaamiseen. Tämän tutkielman valmistumishetkellä sille ei myöskään ole ohjattu resursseja lisäkoulutukseen. Nähtäväksi jää, miten diagnoosikriteerien muutokset ja Palkon suositukset tulevat käytännössä vaikuttamaan sukupuolivähemmistöjen terveydenhuoltoon. Mikäli uhkakuvat sukupuolen korjausprosessiin pääsemisen vaikeutumisesta toteutuvat eivätkä terveydenhuollon valmiudet kohdata transpotilaita parane, voi ulkomaille hoitoon



hakeutuminen lisääntyä tai yksityiselle sektorille syntyä osaamiskeskittymiä. Tällaiset kehityssuunnat uhkaisivat sukupuolivähemmistöihin kuuluvien välistä yhdenvertaisuutta.

Olen tässä tutkimuksessa pyrkinyt luomaan mahdollisimman kattavan kuvan sukupuolivähemmistöjen kokemuksista terveydenhuollosta. Jokaisella tutkimuksella on kuitenkin rajoitteensa. Monet informantit nimeävät sukupuolen korjausprosessin suurimmaksi ongelmaksi ihmisoikeuksia rikkovan lisääntymiskyvyttömyysvaatimuksen, mutta heidän kertomuksissaan omista kokemuksistaan painottuvat muut ongelmakohdat. En olekaan käsitellyt tätä seikkaa analyysissäni erikseen. Tämän aiheen lisäksi sukupuolivähemmistöjen keskuudessa on varmasti monia näkökulmia, jotka tulisivat esille erilaisissa tutkimuksissa. Esimerkiksi määrällisillä tutkimusmenetelmillä voisi olla aiheellista tutkia lisää sukupuolivähemmistöjen terveydenhuoltoon ja yhteiskunnalliseen asemaan liittyviä kysymyksiä.

Koska vastaajista lähes kaikki ovat täysikäisiä, en ole tässä tutkimuksessa käsitellyt erityisesti transnuorten kokemuksia. Kuitenkin useat informantit kertovat, että heihin suhtautuminen alaikäisenä sukupuolen korjausprosessiin liittyvissä palveluissa on ollut vähättelevämpää ja torjuvampaa, ja vasta täysi-ikäiseksi tullessa heitä on alettu ottaa tosissaan. Transihmisten sukupuolikokemusten ja tarpeiden vähättely on siis mahdollisesti vielä suurempi ongelma nuorten kohdalla. Nuorten kokemuksia transpoleilla ja hoitoon pääsyä olisikin hyvä tulevaisuudessa tarkastella omana aiheenaan.

Tässä tutkielmassa olen tarkastellut terveydenhuoltoa sukupuolivähemmistöjen kokemusten perusteella. Jatkossa olisi tärkeää kuulla myös terveydenhuollon hoitohenkilöstön näkökulmaa ja kokemuksia tiedontarpeistaan. Se voisi auttaa terveydenhuollon hoitohenkilöstön koulutuksen kehittämisessä sekä laajemmassa asennetyössä, jota tarvitaan sukupuolen moninaisuuden huomioon ottamisen valtavirtaistamiseksi. Lisäksi sukupuolen korjausprosessin järjestelmän uudistamisen mahdollisuuksista olisi jatkossa tärkeää tehdä tutkimusta.

Suomalaisessa hyvinvointivaltiossa instituutioiden muutokset ovat perinteisesti olleet hitaita (Saari & Tynkkynen 2020, 200). Näin näyttäisi olevan myös terveydenhuollossa sukupuolen moninaisuuteen liittyvissä asioissa. Julkunen (2017) on luonnehtinut, että Suomen poliittiselle ja sosiaaliselle historialle on ollut ominaista muutosten patoutuminen ja sitten nopeat harppaukset. On mahdollista, että yksi suuri harppaus sukupuolta vahvistavien hoitojen järjestelmän suhteen on lähellä. Suhtautuminen sukupuolen moninaisuuteen on ollut murroksessa jo pitkään, ja mahdolliset lakimuutokset sukupuolen juridiseen vahvistamiseen sekä tulevat diagnostiikkamuutokset herättävät

kysymyksiä siitä, minkälainen rooli lääketieteellä ja terveydenhuollolla tulee olemaan tulevaisuudessa.

Kansainvälisesti sukupuolivähemmistöjen terveyspalvelujen tarjonta vaikuttaisi olevan muuttumassa enemmän potilaan omiin valintoihin perustuvaksi (Alasuutari 2017; Motmans ym. 2019). Hoitohenkilöstön roolin voikin nähdä olevan muutoksessa portinvartijasta avun tarjoajaksi. Suomessa nämä keskustelut ovat kuitenkin vasta alkamaisillaan: itsemääräämisoikeus on liittynyt rajatummin keskusteluihin sukupuolen juridisesta vahvistamisesta eikä niinkään hoitojärjestelmään itsessään. Jääkin nähtäväksi, syntyykö hoidontarpeen määrittämisen perusteista tulevaisuudessa lisää dialogia, jossa tunnistetaan lääketieteen ja normatiivisuuden yhteen kietoutumat. Kuten Strykerkin (2013) on huomauttanut, terveydenhuolto hylkää normeista poikkeavia tapoja olla ja elää hyvinvoinnin edistämisen nimessä. Terveydenhuollon ei kuitenkaan täydy tarkoittaa sukupuolen moninaisuuden rajoittamista tai hallinnointia. Terveydenhuolto voisi myös olla elämän mahdollisuuksien kultivoija, joka asettaa ensisijalle ylläpidon ja sellaisten kontekstien luonnin, joissa elämä kaikessa moninaisuudessaan voi kukoistaa.

## LÄHTEET

- Aarnio, Kia; Lahti, Annukka; Kerppola, Jenni & Moring, Anna. 2020. Johdanto. Moninaisia perheitä ja läheisiä sateenkaaren alla. Teoksessa Lahti, Annukka; Aarnio, Kia; Moring, Anna & Kerppola, Jenni (toim.), *Perhe- ja läheissuhteet sateenkaaren alla*, 7–23. Helsinki: Gaudeamus.
- Aarnipuu, Tiia. 2008. *Trans. Sukupuolen muunnelmia*. Helsinki: Like.
- Alanko, Katarina. 2014. Mitä kuuluu sateenkaarinuorille Suomessa? Nuorisotutkimusseuran verkkojulkaisu 72, Seta-julkaisu 23. Haettu 14.1.2021 osoitteesta <http://www.nuorisotutkimusseura.fi/images/julkaisuja/sateenkaarinuori.pdf>
- Alasuutari, Varpu; Kondelin, Sade; Tainio, Luca; Toriseva, Roosa & Vähäpassi, Emmi. 2017. Transtutkimuksen ja intersukupuolisuuden tutkimuksen ajankohtaisia kysymyksiä. *Sukupuolentutkimus* 30:1, 2–14.
- Bettcher, Talia. 2014. Trapped in the wrong theory. Rethinking trans oppression and resistance. *Signs* 39:2, 383–406.
- Björklund, Jenny & Dahl, Ulrika. 2015. Gender trouble in lambda nordica. *Lambda Nordica* 20:2–3, 7–19.
- Bockting, Walter. 2009. Transforming the paradigm of transgender health: a field in transition. *Sexual and Relationship Therapy* 24:2, 103–107.
- Braun, Virginia; Clarke, Victoria; Boulton, Elicia; Davey, Louise & McEvoy, Charlotte. 2020. The online survey as a qualitative research tool. *International Journal of Social Research Methodology*, 1–14. Julkaistu sähköisesti 16.7.2020.
- Brooks, Abigail & Hesse-Biber, Sharlene. 2007. An invitation to feminist research. Teoksessa Hesse-Biber, Sharlene & Leavy, Patricia (toim.), *Feminist research practice: a primer*, 1–24. Thousand Oaks: SAGE.
- Budge, Stephanie; Adelson, Jill & Howard, Kimberly. 2013. Anxiety and depression in transgender individuals: the roles of transition status, loss, social support, and coping. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 81:3, 545–557.
- Burr, Vivien. 2015. *Social constructionism* (3. painos). East Sussex: Routledge.
- Butler, Judith. 1990. *Gender trouble: feminism and the subversion of identity*. London: Routledge.
- Butler, Judith. 1993. *Bodies that matter: on the discursive limits of "sex"*. London: Routledge.
- Butler, Judith. 2004. *Undoing gender*. London: Routledge.

- Carlson, Mikko & Wickman, Jan. 2011. Globaalin/glokaalin ja kansallisen välitilassa: queer-tutkimuksen intersektionaaliset haasteet. *SQS: Suomen queer-tutkimuksen seuran lehti* 5:2, I–III.
- Crocetti, Daniela; Arfini, Elisa; Monro, Surya & Yeadon-Lee, Tray. 2020. “You’re basically calling doctors torturers”: stakeholder framing issues around naming intersex rights claims as human rights abuses. *Sociology of Health & Illness* 40:4, 943–958.
- Das Pia. 2019. Transsukupuolisten hormonihoidon seuranta avoterveydenhuollossa. *Suomen Lääkärilehti* 74:7, 376–381.
- Dhejne, Cecilia; van Vlerken, Roy; Heylens, Gunter & Arcelus, Jon. 2016. Mental health and gender dysphoria: a review of the literature. *International Review of Psychiatry* 28:1, 44–57.
- Dreger, Alice. 1998. ”Ambiguous sex” or ambivalent medicine? Ethical issues in the treatment of intersexuality. *Hastings Center Report*, 28:3, 24–35.
- Eskola, Jari & Suoranta, Juha. 2014. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*, (10. painos). Tampere: Vastapaino. Alkuperäisjulkaisu 1998.
- Euroopan komissio. 2020. Legal gender recognition in the EU. The journeys of trans people towards full equality. Haettu 17.2.2021 osoitteesta [https://ec.europa.eu/info/policies/justice-and-fundamental-rights/combating-discrimination/lesbian-gay-bi-trans-and-intersex-equality/studies-and-research-lgbt-equality\\_en](https://ec.europa.eu/info/policies/justice-and-fundamental-rights/combating-discrimination/lesbian-gay-bi-trans-and-intersex-equality/studies-and-research-lgbt-equality_en)
- Euroopan unionin yleinen tietosuoja-asetus 679/2016. Haettu 8.5.2021 osoitteesta <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FI/TXT/?uri=celex%3A32016R0679>
- Fine, Cordelia. 2010. *Delusions of gender. How our minds, society, and neurosexism create difference*. London: Icon.
- Foucault, Michel. 1978. *The history of sexuality. Vol.1: an introduction* (käänt. Robert Hurley). New York: Pantheon. Alkuperäisjulkaisu 1976.
- FRA. 2014. Being trans in the European Union. Comparative analysis of EU LGBT survey data. Haettu 17.3.2021 osoitteesta <https://fra.europa.eu/en/publication/2014/being-trans-eu-comparative-analysis-eu-lgbt-survey-data>
- Haataja, Marika. 2019. *Ohjattuja seksuaalisia nautintoja*. Tampereen yliopisto. Väitöskirja.
- Harrison, Katherine & Engdahl, Ulrica. 2013. Guest editors’ introduction. Trans rights as human rights. The implications for trans health (care). *Lambda Nordica* 18:3–4, 10–28.
- Hegarty, Peter; Prandelli, Marta; Lundberg, Tove; Liao, Lih-Mei; Creighton, Sarah & Roen, Katrina. 2021. Drawing the line between essential and nonessential interventions on intersex characteristics with European health care professionals. *Review of General Psychology* 25:1, 101–114.

- Hekanaho, Pia. 2010. Queer-teorian kummia vaihteita. Teoksessa Juvonen, Tuula; Rossi, Leena-Maija & Saresma, Tuija (toim.), *Käsikirja sukupuoleen*, 144–154. Tampere: Vastapaino.
- Hintsala, Hanna. 2018. *Sukupuoli-identiteetin tutkimusten läpikäyneiden kokemuksia*. Turun yliopisto. Pro gradu -tutkielma.
- HUS. 2020. Sukupuoli-identiteetin tutkimuspoliklinikka. Haettu 14.11.2020 osoitteesta <https://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/meilahden-psykiatriset-poliklinikat/Sivut/Sukupuoli-identiteetin-tutkimuspoliklinikka.aspx>
- Huuska, Maarit. 2010. Transsukupuolisuuden tutkimus Suomessa. Teoksessa Juvonen, Tuula; Rossi, Leena-Maija & Saresma, Tuija (toim.), *Käsikirja sukupuoleen*, 155–160. Tampere: Vastapaino.
- Hyvönen, Johanna & Väänänen, Kasper. 2014. ”Mut tehtiin mieheks, mutta jostain syystä kuorien kanssa tuli pieni fiba.” *Kokemuksia sukupuolenkorjausprosessista*. Lapin yliopisto. Pro gradu -tutkielma.
- Ikäheimo, Anna; Isotalo, Aino & Koivunen, Matilda. 2015. *Sateenkaari-ihmisten kokemuksia syrjinnästä sosiaali- ja terveysalan palveluissa 2014*. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.
- Inglis, David & Thorpe, Christopher. 2012. *An invitation to social theory*. Cambridge: Polity.
- Irni, Sari. 2017. On the materialization of hormone treatment risks: a trans/feminist approach. *Body & Society* 23:2, 106–131.
- Johnson, Katherine. 2012. Transgender, transsexualism, and the queering of gender identities: debates for feminist research. Teoksessa Hesse-Biber, Sharlene (toim.), *Handbook of feminist research: theory and praxis* (2. painos), 606–626. California: SAGE.
- Julkunen, Raija. 2010. *Sukupuolen järjestykset ja tasa-arvon paradoksit*. Tampere: Vastapaino.
- Julkunen, Raija. 2017. *Muuttuvat hyvinvointivaltiot. Eurooppalaiset hyvinvointivaltiot reformoitavina*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Juvonen, Tuula. 2016. Irtiottoja sukupuolen luonnollisuudesta. Teoksessa Husso, Marita & Heiskala, Risto. (toim.), *Sukupuolikysymys*. Helsinki: Gaudeamus.
- Juvonen, Tuula. 2019. Nimeämisen mahti. Sukupuolta ja seksuaalisuutta kuvaavien termien suhteisuudesta. *SQS: Suomen queer-tutkimuksen seuran lehti* 13:1–2, 1–22.
- Järvenpää, Veera. 2016. Kolmen vuoden limbo transpolilla. *Voima* 27.5.2016. Haettu 10.2.2021 osoitteesta <https://voima.fi/artikkeli/2016/kolmen-vuoden-limbo/?cn-reloaded=1&cn-reloaded=1&cn-reloaded=1>

- Järviö, Nina. 2020. Translaki ja transpolitiikan nousu. Teoksessa Kantola, Johanna; Koskinen Sandberg, Paula & Ylöstalo, Hanna (toim.), *Tasa-arvopolitiikan suunnanmuutoksia. Talouskriisistä tasa-arvon kriiseihin*, 101–117. Helsinki: Gaudeamus.
- Kajander, Riikka; Pitkäranta, Pilvi & Jääskeläinen, Kai. 2021. Kansalaisaloite translain uudistamisesta keräsi 50 000 kannattajaa vauhdilla. ”Emme osanneet edes unelmoida, että saavuttaisimme tämän määrän näin nopeasti”, aloitteentekijä iloitsee. Yle 7.4.2021. Haettu 10.4.2021 osoitteesta <https://yle.fi/uutiset/3-11873108>
- Kalliomäki, Petri & Aziza, Sabrine. 2015. *Kokevatko transsukupuoliset syrjintää terveydenhuollossa?* Diakonia-ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.
- Kantola, Johanna. 2010. Sukupuoli ja valta. Teoksessa Juvonen, Tuula; Rossi, Leena-Maija & Saresma, Tuija (toim.), *Käsikirja sukupuoleen*, 78–87. Tampere: Vastapaino.
- Kantola, Johanna & Harjunen, Hannele. 2013. Sukupuolentutkimus yhteiskuntatieteissä. Teoksessa Moisio, Olli-Pekka; Korhonen, Pekka & Wilska, Terhi-Anna (toim.), *Yhteiskuntatieteiden ovella*, 240–261. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Kantola, Johanna; Koskinen Sandberg, Paula & Ylöstalo, Hanna. 2020. Johdanto. Tasa-arvopolitiikka muutoksessa. Teoksessa Kantola, Johanna; Koskinen Sandberg, Paula & Ylöstalo, Hanna (toim.), *Tasa-arvopolitiikan suunnanmuutoksia. Talouskriisistä tasa-arvon kriiseihin*, 6–27. Helsinki: Gaudeamus.
- Karhunen-Enckell, Ulla; Kolehmainen, Maija; Kääriäinen, Minna & Suominen, Sinikka. 2015. Transsukupuolisten rintaleikkaukset. *Duodecim* 131:4, 383–386.
- Karkulehto, Sanna. 2010. Queer-tutkimusta Suomessa. Teoksessa Juvonen, Tuula; Rossi, Leena-Maija & Saresma, Tuija (toim.), *Käsikirja sukupuoleen*, 161–164. Tampere: Vastapaino.
- Keskimäki, Ilmo; Tynkkynen, Liina-Kaisa; Reissell, Eeva; Koivusalo, Meri; Syrjä, Vesa; Vuorenkoski, Lauri; Rechel, Bernd & Karanikolos, Marina. 2019. Finland. Health system review. *Health Systems in Transition* 21:2, 1–166.
- Koivunen, Anu & Liljeström, Marianne. 1996. Kritiikki, visiot ja muutos. Feministinen purkamis- ja rakentamisprojekti. Teoksessa Koivunen, Anu & Liljeström, Marianne (toim.), *Avainsanat. 10 askelta feministiseen tutkimukseen*, 9–34. Tampere: Vastapaino.
- Kröger, Teppo. 2017. Sosiaali- ja terveystalouden reformaatio. *Janus* 25:2, 160–165.
- Kähkönen, Lotta & Sudenkaarne, Tiia. 2018. Queer, biopolitiikka ja bioetiikka. *SQS: Suomen queer-tutkimuksen seuran lehti* 12:1–2, I–X.
- Kähkönen, Lotta & Wickman, Jan. 2013. Sukupuolen moninaisuus ja queer-näkökulmat. *SQS: Suomen queer-tutkimuksen seuran lehti* 7:1–2, I–X.

- Kärki, Tuula. 2016. Transarpajaisissa jokainen arpa ei voita. *Kansan Uutiset* 13.2.2016. Haettu 1.3.2021 osoitteesta <https://www.kansanuutiset.fi/artikkeli/3502353-transarpajaisissa-jokainen-arpa-ei-voita>
- Kärnä, Teemu; Uusi-Mäkelä, Nina & Mattila, Aino. 2018. Sukupuolen moninaisuus. Lähestymistapa sukupuoleen muuttumassa? *Suomen Lääkärilehti* 73:45, 2631–2635.
- Lahti, Annukka. 2019. *Bisexuality in relationships: a queer psychosocial approach*. Jyväskylän yliopisto. Väitöskirja.
- Laki naisten ja miesten välisestä tasa-arvosta 609/1986. Haettu 10.3.2020 osoitteesta <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860609>
- Laki transseksuaalin sukupuolen vahvistamisesta 563/2002. Haettu 4.12.2020 osoitteesta <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2002/20020563>
- Lane, Riki. 2018. “We are here to help”: who opens the gate for surgeries? *Transgender Studies Quarterly* 5:2, 207–227.
- Leavy, Patricia. 2007. Feminist postmodernism and poststructuralism. Teoksessa Hesse-Biber, Sharlene & Leavy, Patricia (toim.), *Feminist research practice: a primer*, 83–108. California: SAGE.
- Liljeström, Marianne. 2019. Feminism and queer. Temporal complexities. *SQS: Suomen queer-tutkimuksen seuran lehti* 13:1–2, 23–38.
- Lindroth, Malin. 2016. “Competent persons who can treat you with competence, as simple as that”. An interview study with transgender people on their experiences of meeting health care professionals. *Journal of Clinical Nursing* 25:23–24, 3511–3521.
- Louha, Pihla. 2020. Uusi suositus transsukupuolisten hoidosta herättää hämmennystä ja pettymystä – ”Nyt ihmiset pelkäävät, että tilanne vaikeutuu”. *Helsingin Sanomat* 22.6.2020. Haettu 18.3.2021 osoitteesta <https://www.hs.fi/kotimaa/art-2000006549205.html>
- MacLure, Maggie. 2013. Classification or wonder? Coding as an analytic practice in qualitative research. Julkaisussa Coleman, Rebecca & Ringrose, Jessica (toim.) *Deleuze and research methodologies*, 164–183. Edinburgh: Edinburgh University Press.
- Makwana, Arti; Dhont, Kristof; De keersmaecker, Jonas; Akhlaghi-Ghaffarokh, Parisa; Masure, Marine & Roets, Arne. 2018. The motivated cognitive basis of transphobia: the roles of right-wing ideologies and gender role beliefs. *Sex Roles* 79:3–4, 206–217.
- Mattila, Aino; Heinonen, Leena; Mäntymäki, Anna; Uusi-Mäkelä, Nina & Ålgars, Monica. 2015. Sukupuolen korjauksen vaikutus psyykkiseen hyvinvointiin ja elämänlaatuun. *Duodecim* 131:4, 379–381.
- Mattila, Aino & Tinkanen, Helena. 2015. Transsukupuolisuuden hoito Suomessa. *Duodecim* 131:4: 363–364.

- Mattila, Yrjö. 2011. *Suuria käännekohtia vai tasaista kehitystä? Tutkimus Suomen terveydenhuollon suuntaviivoista*. Helsingin yliopisto. Väitöskirja.
- McCann, Edward & Sharek, Danika. 2016. Mental health needs of people who identify as transgender: a review of the literature. *Archives of Psychiatric Nursing* 30:2, 180–185.
- McLemore, Kevin. 2015. Experiences with misgendering: identity misclassification of transgender spectrum individuals. *Self and Identity* 14:1, 51–74.
- McLemore, Kevin. 2018. A minority stress perspective on transgender individuals' experiences with misgendering. *Stigma and Health* 3:1, 53–64.
- Merikari, Salla. 2019. *Seksuaali- ja sukupuolivähemmistöjen kokemuksia kohtaamisesta sosiaali- ja terveyshuollossa*. Tampereen yliopisto. Pro gradu -tutkielma.
- Moser, Charles. 2018. Paraphilias and the ICD-11: progress but still logically inconsistent. *Archives of Sexual Behavior* 47:4, 825–826.
- Motmans, Joz; Nieder, Timo & Bouman, Walter. 2019. Transforming the paradigm of nonbinary transgender health: a field in transition. *International Journal of Transgenderism* 20:2–3, 119–125.
- Mustola, Kati. 2007. Seksuaalisuuden ja sukupuolen rajanvartijoita ja rajan ylittäjiä. Mustola, Kati & Pekkanen, Johanna (toim.), *Sateenkaari-Suomi. Seksuaali- ja sukupuolivähemmistöjen historiaa*, 66–74. Helsinki: Like.
- Nordmarken, Sonny & Kelly, Reese. 2014. Limiting transgender health. Administrative violence and microaggressions in health care systems. Teoksessa Housel, Teresa & Harvey, Vickie (toim.) *Health care disparities and the LGBT population*, 143–166. Plymouth: Lexington.
- Oikeusministeriö. 2019. Ei tietoa eikä vaihtoehtoja. Selvitys intersukupuolisten ihmisten oikeuksista ja kokemuksista. Oikeusministeriön julkaisuja, selvityksiä ja ohjeita 2019:3. Haettu 3.3.2021 osoitteesta <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/161410>
- Palko. 2020a. Palveluvalikoimaneuvoston suositus. Alaikäisten sukupuoli-identiteetin variaatioihin liittyvän dysforian lääketieteelliset hoitomenetelmät. Haettu 1.7.2020 osoitteesta <https://palveluvalikoima.fi/sukupuolidysforia-alaikaiset>
- Palko. 2020b. Palveluvalikoimaneuvoston suositus. Aikuisten muunsukupuolisuuteen liittyvän sukupuolidysforian lääketieteelliset hoitomenetelmät. Haettu 1.7.2020 osoitteesta <https://palveluvalikoima.fi/sukupuolidysforia-aikuiset-muunsukupuoliset>
- Palko. 2020c. Palveluvalikoimaneuvoston suositus. Transsukupuolisuudesta johtuvan dysforian lääketieteelliset hoitomenetelmät. Haettu 1.7.2020 osoitteesta <https://palveluvalikoima.fi/dysforia-transsukupuolisuus>
- Parhi, Katariina. 2018. Boyish mannerisms and womanly coquetry: patients with the diagnosis of transvestitismus in the Helsinki psychiatric clinic in Finland 1954–68. *Medical History* 62:1, 50–66.



- Peltonen, Julia. 2021. ”Kuvaile minulle miten masturboit?” Transnuorten asema hoitojärjestelmässä on synkkä. Kehräjä 19.3.2021. Haettu 21.3.2021 osoitteesta <https://kehräaja.com/kuvaile-minulle-miten-masturboit-julkikuvan-takaa-paljastuu-transpolien-nuorten-synkka-tilanne/>
- Pihlava, Minna. 2018. ICD-11 ei tule vielä Suomeen. *Suomen Lääkärilehti* 73:24–31, 1560.
- Pimenoff, Veronica. 2006. On the care of transsexuals in Finland. *International Journal of Transgenderism* 9:2, 23–33.
- Pimenoff, Veronica. 2008. *Geschlechtsumwandlung in Finnland 1970–2002. Eine historische und empirische Studie zu Geschlechtsumwandlungen unter den Regelungen des Kastrationsgesetzes bis zur Einführung des finnischen Transsexuellengesetzes*. Universität Ulm. Väitöskirja.
- Pohjola, Anneli. 2017. Sote-uudistus muuttuvan yhteiskuntapolitiikan puristuksessa. *Janus* 5:2, 171–175.
- Poteat, Tonia; German, Danielle & Kerrigan, Deanna. 2013. Managing uncertainty: a grounded theory of stigma in transgender health care encounters. *Social Science & Medicine*. 84:9, 22–29.
- Ramazanoglu, Caroline & Holland, Janet. 2002. *Feminist methodology: challenges and choices*. California: SAGE.
- Repka, Axel & Repka, Adrian. 2013. The (im)patients: an analysis of how stigma leaks through the layers of trans specific health care. *Lambda Nordica* 18:3–4, 100–122.
- Repo, Jemima. 2019. Governing juridical sex: gender recognition and the biopolitics of trans sterilization in Finland. *Politics & Gender* 15:1, 83–106.
- Rolin, Kristina. 2005. Tutkimuksen näkökulmasidonnaisuuden paradoksi. Teoksessa Husu, Liisa & Rolin, Kristiina (toim.), *Tiede, tieto ja sukupuoli*, 97–111. Helsinki: Gaudeamus.
- Roller, Cyndi; Sedlak, Caro & Draucker, Claire. 2015. Navigating the system: how transgender individuals engage in health care services. *Journal of Nursing Scholarship* 47:5, 417–424.
- Rood, Brian; Reisner, Sari; Surace, Francisco; Puckett, Jae; Maroney, Meredith & Pantalone, David. 2016. Expecting rejection: understanding the minority stress experiences of transgender and gender-nonconforming individuals. *Transgender Health* 1:1, 151–164.
- Ross, Katie; Law, Madelyn & Bell, Amanda. 2016. Exploring healthcare experiences of transgender individuals. *Transgender Health* 1:1, 238–249.

- Ross, Katy; Scholl, Juliann & Bell, Gina. 2014. Shaping self with the doctor. The construction of identity for trans patients. Teoksessa Harvey, Vickie & Housel, Teresa (toim.), *Health care disparities and the LGBT population*, 55–83. Plymouth: Lexington.
- Rossi, Leena-Maija. 2010. Sukupuoli ja seksuaalisuus, eroista tekoihin. Teoksessa Juvonen, Tuula; Rossi, Leena-Maija & Saresma, Tuija (toim.), *Käsikirja sukupuoleen*, 21–39. Tampere: Vastapaino.
- Saari, Juho & Tynkkynen, Liina-Kaisa. 2020. Still holding its breath. The Finnish welfare system under reform. Teoksessa Blum, Sonja; Kuhlmann, Johanna & Schubert, Klaus (toim.), *Routledge handbook of European welfare systems* (2. painos), 184–201. Oxon: Routledge.
- Saresma, Tuija. 2010. Kokemuksen houkutus. Teoksessa Juvonen, Tuula; Rossi, Leena-Maija & Saresma, Tuija (toim.), *Käsikirja sukupuoleen*, 59–73. Tampere: Vastapaino.
- Sedgwick, Eve. 1990. *Epistemology of the closet*. Berkeley: University of California.
- Seta. 2019. Sukupuoli-identiteetin tutkimus- ja sukupuolen korjaushoitoprosesseja läpikäyvien kohtaamia ongelmia ja parannusehdotuksia. Setan, Transtukipisteen ja Translasten ja -nuorten perheiden taustamuistio Palvelukeinovalikoimaneuvostolle 26.2.2019. Haettu 11.4.2020 osoitteesta <https://palveluvalikoima.fi/dysforia-transsukupuolisuus>
- Seta. 2020a. Uudet sukupuolidysforian hoitosuositukset sisältävät vakavia uhkia hyvän hoidon toteutumiseksi. 23.6.2020. Haettu 27.6.2020 osoitteesta <https://seta.fi/2020/06/23/palkouutinen2020/>
- Seta. 2020b. Sateenkaarisanasto. Haettu 7.12.2020 osoitteesta <https://seta.fi/sateenkaaritieto/sateenkaarisanasto/>
- Seta. 2021. Sateenkaarihistoria Suomessa. Haettu 1.4.2021 osoitteesta <https://seta.fi/ihmisoikeudet/sateenkaarihistoria-suomessa/>
- Silvasti, Tiina. 2014. Sisällönanalyysi. Teoksessa Massa, Ilmo (toim.), *Polkuja yhteiskuntatieteelliseen ympäristötutkimukseen*, 33–48. Helsinki: Gaudeamus.
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus sukupuolen muuttamiseen tähtäävän tutkimuksen ja hoidon järjestämisestä sekä lääketieteellisestä selvityksestä transseksuaalin sukupuolen vahvistamista varten 1053/2002. Haettu 29.3.2020 osoitteesta <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2002/20021053>
- STM. 2013. Terveystieteet Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2013:2. Haettu 6.4.2021 osoitteesta <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/69928>
- Stryker, Susan. 2004. Transgender studies: queer theory's evil twin. *GLQ: A Journal of Lesbian and Gay Studies* 10:2, 212–215.
- Stryker, Susan. 2013. Trans health is queer (and queer health isn't normal). *Lambda Nordica* 18:3–4, 147–165.

- Stryker, Susan & Bettcher, Talia. 2016. Introduction: trans/feminisms. *TSQ: Transgender Studies Quarterly* 3:1–2, 5–14.
- Stryker, Susan & Currah, Paisley. 2014. Introduction. *TSQ: Transgender Studies Quarterly* 1:1–2, 1–18.
- Su, Dejun; Irwin, Jay; Fisher, Christopher; Ramos, Athena; Kelley, Megan; Mendoza, Diana & Coleman, Jason. 2016. Mental health disparities within the LGBT population. A comparison between transgender and nontransgender individuals. *Transgender Health* 1:1, 12–20.
- Suhonen, Sami. 2014. Sukupuolen määrittelyn käytännöt ja itsenään elämisen mahdollisuudet. Teoksessa Gissler, Mika; Kekkonen, Marjatta; Känkänen, Päivi, Muranen, Päivi & Wrede-Jäntti, Matilda (toim.), *Nuoruus toisin sanoen. Nuorten elinolot -vuosikirja 2014*, 178–186. Tampere: Juvenes Print.
- Sukupuolen moninaisuuden osaamiskeskus. 2021. Sukupuolen korjaaminen. Haettu 1.2.2021 osoitteesta <https://sukupuolenosaamiskeskus.fi/sukupuoli/lait-ohjeet-ja-suositukset/sukupuolen-korjaaminen/>
- Sullivan, Nikki. 2008. The role of medicine in the (trans)formation of “wrong” bodies. *Body & Society* 14:1, 105–116.
- Taavetti, Riikka. 2015. Olis siistiä jos ei tarttis määritellä. Kuriton ja tavallinen sateenkaarinuoruus. Nuorisotutkimusseuran verkkojulkaisuja 81, Seta-julkaisuja 25. Haettu 20.1.2021 osoitteesta [http://www.nuorisotutkimusseura.fi/images/julkaisuja/hyvinvoiva\\_sateenkaarinuori.pdf](http://www.nuorisotutkimusseura.fi/images/julkaisuja/hyvinvoiva_sateenkaarinuori.pdf)
- Tainio, Luca. 2013. Dikotomisesta transsukupuolisuudesta queeriin transgenderiin? Paradigmamuutoksen mahdollisuus lääketieteen tavassa käsitteellistää trans\*kokemusta. *SQS: Suomen queer-tutkimuksen seuran lehti* 7:1–2, 18–29.
- Tanhua, Inkeri; Mustakallio, Sinikka; Karvinen, Marita; Huuska, Maarit & Aaltonen, Milla. 2015. Tietopaketti sukupuolen moninaisuuden huomioimisesta oppilaitoksille, työpaikoille ja viranomaisille. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2015:22. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Tasa-arvovaltuutettu. 2012. Selvitys sukupuolivähemmistöjen asemasta. Tasa-arvojulkaisuja 2012:1. Haettu 20.8.2020 osoitteesta <https://tasa-arvo.fi/documents/10181/34936/Selvitys+sukupuolivahemmistojen+asemasta.pdf/4c84618f-8c6c-484f-a7e5-bfda8d06e9a6>
- Tasa-arvovaltuutettu. 2018. Tasa-arvovaltuutetun kertomus eduskunnalle 2018. Tasa-arvojulkaisuja 2018:4. Haettu 20.8.2020 osoitteesta <https://tasa-arvo.fi/julkaisut>
- TENK. 2019. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 2019:3. Haettu 7.5.2021 osoitteesta

[https://www.tenk.f/sites/tenk.f/files/Ihmistieteiden\\_eettisen\\_ennakkoarvioinnin\\_ohje\\_2019.pdf](https://www.tenk.f/sites/tenk.f/files/Ihmistieteiden_eettisen_ennakkoarvioinnin_ohje_2019.pdf)

Terveystieteiden laiton laki 1326/2010. Haettu 5.1.2021 osoitteesta  
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Tinkanen, Helena & Das, Pia. 2015. Transsukupuolisten hormonihoidot. *Duodecim* 131:4, 372–378.

Trasek. 2021. Käsitteitä. Haettu 6.1.2021 osoitteesta <http://trasek.fi/perustietoa/kasitteita/>

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli. 2018. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi* (2. painos). Helsinki: Tammi.

Valtioneuvosto. 2019. Pääministeri Sanna Marinin hallituksen ohjelma 10.12.2019: Osallistava ja osaava Suomi – sosiaalisesti, taloudellisesti ja ekologisesti kestävä yhteiskunta. Valtioneuvoston julkaisuja 2019:31. Haettu 14.4.2021 osoitteesta  
<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/161931>

Venhola, Mika. 2011. Vielä sukupuolesta. *Duodecim* 127:2, 152.

Vierula, Hertta. 2018. Miksi muunsukupuoliset eivät saa hoitoa? *Suomen Lääkärilehti* 23.8.2018. Haettu 14.4.2021 osoitteesta  
<https://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/miksi-muunsukupuoliset-eivat-saa-hoitoa/>

Vilka, Hanna. 2006. *Keho. Omaa sukupuolta koskevan tiedon ja ymmärryksen muotoutumisen perusta transsukupuolisilla*. Helsingin yliopisto. Väitöskirja.

Väyrynen, Heli. 2020. Pitkä prosessi. *Suomen Lääkärilehti* 75:34, 1582–1585.

Wharton, Amy. 2005. *The sociology of gender: an introduction to theory and research*. Malden: Blackwell.

Wickman, Jan. 2001. *Transgender politics: the construction and deconstruction of binary gender in the Finnish transgender community*. Åbo Akademi. Väitöskirja.

Wikström, Heidi. 2020. Lääkäreitä ei viedä kuin passiä narussa. *Suomen Lääkärilehti* 24.2.2020. Haettu 11.4.2021 osoitteesta  
<https://www.laakarilehti.fi/ajassa/verkkokommentti/laakareita-ei-vieda-kuin-passia-narussa/>

Wilchins, Riki. 2004. *Queer theory, gender theory. An instant primer*. Los Angeles: Alyson.

Wylie, Alison. 2012. The feminism question in science. What does it mean to “do social science as a feminist”? Teoksessa Hesse-Biber, Sharlene (toim.). *Handbook of feminist research: theory and praxis* (2. painos), 544–556. California: SAGE.

# LIITTEET

## Liite 1. Kysymyslomake

Tämän kyselyn tavoitteena on kerätä sukupuolivähemmistöjen kokemuksia terveydenhuollosta osana pro gradu -tutkielmaa. Kysely on tarkoitettu kaikille, jotka kokevat sukupuolen moninaisuuden osaksi identiteettiään.

Pro gradu -tutkielmani käsittelee sukupuolen moninaisuutta suomalaisessa terveydenhuollossa. Tutkielman tavoitteena on selvittää, minkälaisia kokemuksia sukupuolivähemmistöillä on yleisestä terveydenhuollosta, mahdollisesta sukupuolenkorjausprosessista sekä erityisesti niihin liittyvistä mahdollisista haasteista selviytymisestä. Tarkoituksena on siten tuottaa tietoa terveydenhuollon tarpeisiin ja parantaa hoitokäytäntöjä sekä vahvistaa terveydenhuollon ammattilaisten tietoa ja osaamista tulevaisuudessa. Tuotettavasta tiedosta voi olla hyötyä myös järjestöille sukupuolivähemmistöjen yhteiskunnallisen aseman edistämiseksi.

Kyselystä kerätty aineisto muokataan siten, että vastaajien henkilöllisyys pysyy salassa. Aineistoa käytetään vain tähän tutkimukseen ja tätä tutkimusta koskeviin tieteellisiin artikkeleihin. Aineiston rekisterinpitäjä on tutkija, ja aineisto säilytetään ehdottoman luottamuksellisesti. Tietosuojalain mukainen [tietosuojailmoitus](#) ja [tiedote](#) löytyvät linkkien takaa. Mikäli haluat muuta lisätietoa tutkielmaan liittyen ennen tai jälkeen osallistumispäätöksen, voit myös ottaa yhteyttä minuun sähköpostitse.

Pro gradu -työn arvioitu julkaisuaika on talvella 2020–21. Tutkielma julkaistaan valmistuttuaan Jyväskylän yliopiston avoimessa Jyx-verkkojulkaisuarkistossa. Voit myös jättää kyselyn loppuun sähköpostiosoitteesi, mikäli haluat minun lähettävän tutkielman suoraan sinulle sen valmistuttua.

Kysely alkaa muutamilla taustakysymyksillä, joita käytän vastausten kontekstualisointiin. Kyselyn painopisteenä ovat kuitenkin itse terveydenhuolto ja mahdollista sukupuolenkorjausprosessia koskevat avokysymykset, joihin toivon, että vastaat ajatuksella. Vastaaminen kyselyyn kestää noin 15–20 minuuttia.

Ystävällisin terveisin

Ida Loponen

Yhteiskuntapolitiikan maisteriopiskelija

ida.m.loponen@student.jyu.fi

Tutkimusta ohjaa:

Annukka Lahti

Tutkija, Jyväskylän yliopisto

annukka.p.lahti@jyu.fi

## TAUSTAKYSYMYKSIÄ

1: Minkä ikäinen olet?

AVOVASTAUS

2: Miten määrittelisit nykyisin sukupuolesi?

AVOVASTAUS

3: Mihin seuraavista vähemmistöryhmistä koet kuuluvasi?

*Voit valita useita vaihtoehtoja.*

- Sukupuolivähemmistöön
- Seksuaalivähemmistöön
- Etniseen vähemmistöön (esim. romani, saamelainen, maahanmuuttaja)
- Kielivähemmistöön
- Uskonnolliseen vähemmistöön
- Vähemmistöön vammaisuuden perusteella
- Johonkin muuhun vähemmistöryhmään, mihin? AVO
- En osaa sanoa / En halua vastata

4: Miten olet tullut toimeen käytettävissä olevilla tuloillasi ja varoillasi viimeisen vuoden aikana?

- Hyvin helposti

- Helposti
- Melko helposti
- Pienin vaikeuksin
- Vaikeuksin
- Suurin vaikeuksin
- En osaa sanoa / En halua kertoa

5: Käytätkö enemmän julkisia terveystalvveluita, yksityisiä terveystalvveluita, vai suhteellisen tasaisesti molempia?

- Vain julkisia
- Enimmäkseen julkisia
- Tasaisesti molempia
- Enemmän yksityisiä
- Vain yksityisiä
- En osaa sanoa / En halua vastata

6: Kuinka pitkä matka pääasiallisesti käyttämäsi terveystalvvelukseen kotoasi suunnilleen on?

AVOVASTAUS

#### KYSYMYKSIÄ KOKEMUKSISTASI TERVEYDENHUOLLOSTA

Tässä osiossa olevat kysymykset liittyvät kokemuksiisi terveystalvveluollostta.

Terveydenhuollolla tarkoitetaan tässä yhteydessä sekä perusterveydenhuoltoa että erikoissairaanhoidoa. Tässä osiossa ei kuitenkaan käsitellä sukupuolen korjausprosessia, vaan sitä koskevat kysymykset ovat omassa osiossaan.

7: Onko sukupuolesi tai sen ilmaisu tullut esille terveystalvveluollossa, esimerkiksi lääkärin vastaanotolla?

- Kyllä, monesti
- Kyllä, muutaman kerran
- Kyllä, kerran tai kaksi
- Ei koskaan (jos valittu, kysely hyppää kysymysten 8 ja 9 yli)

8: Miten sukupuolesi tai sen ilmaisu on tullut esille terveydenhuollossa ja miten siihen on suhtauduttu? Minkälaisia hyviä käytäntöjä, ongelmia tai haastavia tilanteita olet kohdannut? Kerro kokemuksistasi.

AVOVASTAUS

9: Mikäli olet kohdannut haasteita terveydenhuollossa sukupuolesi tai sen ilmaisun suhteen, miten olet selvinnyt niistä? Oletko saanut apua tai tukea ja jos, mistä? Kerro kokemuksistasi.

AVOVASTAUS

10: Oletko koskaan epäröinyt asiointia terveydenhuollossa tai jättänyt asioimatta kokonaan sukupuoleesi tai sen ilmaisuun liittyvän syrjinnän tai epäasiallisen kohtelun pelossa? Kerro kokemuksistasi.

AVOVASTAUS

11: Vastaako Suomen nykyinen terveydenhuolto mielestäsi sukupuoleltaan moninaisten ihmisten tarpeisiin? Miten terveydenhuolto voisi kehittää toimintaansa sukupuolivähemmistöjen kohtaamisessa? Kerro mielipiteesi.

AVOVASTAUS

#### KYSYMYKSIÄ KOKEMUKSISTASI SUKUPUOLEN KORJAUSPROSESSISTA

Tämän osion kysymykset koskevat sukupuolen korjausprosessia. Prosessin aloittamisella tarkoitetaan tässä kyselyssä lähetteen saamista transpoliklinikalle.

12: Oletko aloittanut tai käynyt läpi sukupuolen korjausprosessin?

- Kyllä

- En (jos valittu, piilottaa kysymykset 13–17)

13: Miten sait lähetteen transpoliklinikalle? Onnistuiko se helposti vai koitko vastoinkäymisiä tai vaikeuksia? Kerro kokemuksistasi.

AVOVASTAUS

14: Oletko asioinut transpoliklinikalla Tampereella tai Helsingissä?

- Kyllä



- En

15: Kuinka pitkä matka sinulla suunnilleen on/oli transpoliklinikalle, jossa asioit (Tampere tai Helsinki)?

- alle 50km

- 50-100km

- 100-200km

- 200-300km

- yli 300km

16: Miten olet tullut kohdatuksi sukupuolen korjausprosessisi aikana transpoliklinikalla ja muissa prosessiin liittyvissä terveystalveissa? Minkälaisia hyviä käytäntöjä tai ongelmia olet kohdannut? Kerro kokemuksistasi.

AVOVASTAUS

17: Mikäli olet kohdannut ongelmia tai haastavia tilanteita sukupuolen korjausprosessissasi, miten olet selvinnyt niistä? Oletko saanut niihin tukea tai apua ja jos, mistä? Kerro kokemuksistasi.

AVOVASTAUS

18: Vastaako nykyinen sukupuolen korjausprosessi järjestelmänä mielestäsi sukupuolivähemmistöjen tarpeisiin? Jos ei, mitä toivoisit muuttuvan? Kerro mielipiteesi.

AVOVASTAUS

+19: Mikäli haluat vastaanottaa pro gradu -työn sähköisesti sen valmistuttua, jätähän tähän kenttään sähköpostiosoitteesi:

AVOVASTAUS

## Liite 2. Tiedote

### TIEDOTE TUTKIMUKSESTA

29.8.2020

#### ***Tutkimuksen nimi ja rekisterinpitäjä***

Pro gradu -tutkielma: Sukupuolen moninaisuus ja terveydenhuolto  
Rekisterinpitäjä: Ida Loponen  
Tutkielman ohjaaja: Annukka Lahti (tutkija, Jyväskylän yliopisto)

#### ***Pyyntö osallistua tutkimukseen***

***Sinua pyydetään mukaan tutkimukseen***, jossa tutkitaan kyselyllä kerättävän aineiston avulla sukupuolivähemmistöjen kokemuksia yleisterveydenhuollosta sekä mahdollisesta sukupuolenkorjausprosessista. Sinua pyydetään tutkimukseen, koska olet osoittanut sitä kohtaan kiinnostusta avaamalla kyselylomakkeen ja on mahdollista, että koet sukupuolen moninaisuuden osaksi identiteettiäsi. Tämä tiedote kuvaa tutkimusta ja siihen osallistumista. Liitteessä on kerrottu henkilötietojen käsittelystä.

Tutkimukseen osallistuminen edellyttää, että kuulut johonkin sukupuolivähemmistöön.

#### ***Vapaaehtoisuus***

Tähän tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Voit kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen tai keskeyttää osallistumisen, milloin tahansa.

#### ***Tutkimuksen kulku***

Kyselylomakkeeseen vastaaminen kestää arvioidusti noin 15–20 minuuttia. Kyselyssä kysytään tutkimuksen aihepiiriin liittyviä asioita sekä monivalinta- että avokysymyksiä.

#### ***Tutkimuksesta mahdollisesti aiheutuvat haitat ja epämukavuudet***

Tutkimuksen mahdollinen riski liittyy tutkimusaineistoon sisältyvien henkilötietojen käyttöön, sillä tietoihin liittyy henkilöiden tunnistamisen mahdollisuus. Tämä riski ehkäistään käsittelemällä tietoja vain Jyväskylän yliopiston suojatuilla palvelimilla, jotka on suojattu käyttäjätunnuksella ja salasalla. Riskiä ehkäistään myös pseudonymisoinnilla aineisto sen käsittelyvaiheessa.

#### ***Tutkimuksen kustannukset***

Tutkimukseen osallistumisesta ei makseta palkkiota.

### ***Tutkimustuloksista tiedottaminen ja tutkimustulokset***

Tutkielman tulokset julkaistaan pro gradu -tutkielmana. Tutkittavat voivat halutessaan lukea valmiin tutkielman Jyväskylän yliopiston Jyx-verkkojulkaisuarkistosta tai vastaanottaa tutkielman ilmoittamaansa sähköpostiosoitteeseen sen valmistuttua. Tutkielman valmistumisen arvioitu aikataulu on talvella 2020–21.

### ***Tutkittavien vakuutusturva***

Tutkittavan on hyvä olla tietoinen siitä, että Jyväskylän yliopiston henkilökunta ja toiminta on vakuutettu. Vakuutus sisältää potilasvakuutuksen, toiminnanvastuuvakuutuksen ja vapaaehtoisen tapaturmavakuutuksen. Tutkimuksissa tutkittavat (koehenkilöt) on vakuutettu tutkimuksen ajan ulkoisen syyn aiheuttamien tapaturmien, vahinkojen ja vammojen varalta. Tapaturmavakuutus on voimassa mittauksissa ja niihin välittömästi liittyvillä matkoilla. Tapaturman lisäksi korvataan vakuutetun erityisen ja yksittäisen voimanponnistuksen ja liikkeen välittömästi aiheuttama lihaksen tai jänteen venähdysvamma, johon on annettu lääkärihoitoa 14 vuorokauden kuluessa vammautumisen. Korvausta maksetaan enintään kuuden viikon ajan venähdysvamman syntymisestä. Voimanponnistuksen ja liikkeen aiheuttaman venähdysvamman hoitokuluina ei korvata magneettitutkimusta eikä leikkaustoimenpiteitä.

### ***Lisätietojen antajan yhteystiedot***

Ida Loponen, sähköposti: [ida.m.loponen@student.jyu.fi](mailto:ida.m.loponen@student.jyu.fi), [puhelinnumero]

## Liite 3. Tietosuojailmoitus

*Kuvaus henkilötietojen käsittelystä tieteellisessä tutkimuksessa (tietosuojailmoitus EU (679/2016) 13, 14, 30 artikla)*

29.8.2020

### 1. Pro gradu -tutkielmassa ”Sukupuolen moninaisuus ja terveydenhuolto” käsiteltävät henkilötiedot

Tutkimuksessa Sinusta kerätään seuraavia henkilötietoja: kyselyvastaukset, joista ilmenee ikä ja sähköpostiosoite (valinnainen).

Tutkittavalle on annettu suora linkki sähköisellä kyselylomakkeella näihin tietoihin.

### 2. Henkilötietojen käsittelyn oikeudellinen peruste tutkimuksessa/arkistoinnissa

Käsittely on tarpeen tieteellistä tai historiallista tutkimusta taikka tilastointia varten ja se on oikeasuhtaista, sillä tavoiteltuun yleisen edun mukaiseen tavoitteeseen nähden (tietosuojalaki 4.1 § 3-kohta).

#### Henkilötietojen siirto EU/ETA ulkopuolelle

Tutkimuksessa tietojasi ei siirretä EU/ETA -alueen ulkopuolelle.

#### Henkilötietojen suojaaminen

Henkilötietojen käsittely tässä tutkimuksessa perustuu asianmukaiseen tutkimussuunnitelmaan ja tutkimuksella on vastuuhenkilö. Henkilötietojasi käytetään ja luovutetaan vain tieteellistä tutkimusta varten sekä muutoinkin toimitaan niin, että Sinua koskevat tiedot eivät paljastu ulkopuolisille.

#### Tunnistettavuuden poistaminen

Suorat tunnistetiedot poistetaan suojatoimena aineiston perustamisvaiheessa (pseudonymisoitu aineisto, jolloin tunnistettavuuteen voidaan palata koodin tai vastaavan tiedon avulla ja aineistoon voidaan yhdistää uusia tietoja).

Käytännössä tämä tarkoittaa mahdollisten sähköpostiosoitteiden poistoa aineistosta ja säilyttämistä erillään. Lisäksi avovastauksista ilmenevät mahdolliset arkaluontoiset tiedot poistetaan.

#### Tutkimuksessa käsiteltävät henkilötiedot suojataan

käyttäjätunnuksella ja salasanalla.  
Tutkija on suorittanut tietosuojaja- ja tietoturvakoulutukset.

#### Henkilötietojen käsittely tutkimuksen päättymisen jälkeen

Tutkimusrekisteri hävitetään 1.5.2021 mennessä.

### **Rekisterinpitäjä(t) ja tutkimuksen tekijät**

Rekisterinpitäjä on se, joka yksin tai yhdessä toisten kanssa määrittelee henkilötietojen käsittelyn tavoitteet ja keinot organisaatio(t) tai henkilö(t) sekä vastaa henkilötietojen käsittelyn lainmukaisuudesta.

Tämän tutkimuksen rekisterinpitäjä ja toteuttaja on: Ida Loponen, ida.m.loponen@student.jyu.fi, [puhelinnumero]

Tutkimusta ohjaa: Annukka Lahti, annukka.p.lahti@jyu.fi (tutkija, Jyväskylän yliopisto)

Tässä tutkimuksessa henkilötietojen käsittelijöitä ovat tutkija (Ida Loponen) sekä Webropol-palvelu, jonka avulla kysely toteutetaan.

### **Rekisteröidyn oikeudet**

#### Oikeus saada pääsy tietoihin (tietosuoja-asetuksen 15 artikla)

Sinulla on oikeus saada tieto siitä, käsitelläänkö henkilötietojasi ja mitä henkilötietojasi käsitellään. Voit myös halutessasi pyytää jäljennöksen käsiteltävistä henkilötiedoista.

#### Oikeus tietojen oikaisemiseen (tietosuoja-asetuksen 16 artikla)

Jos käsiteltävissä henkilötiedoissasi on epätarkkuuksia tai virheitä, sinulla on oikeus pyytää niiden oikaisua tai täydennystä.

#### Oikeus tietojen poistamiseen (tietosuoja-asetuksen 17 artikla)

Sinulla on oikeus vaatia henkilötietojesi poistamista tietyissä tapauksissa. Oikeutta tietojen poistamiseen ei kuitenkaan ole, jos tietojen poistaminen estää tai vaikeuttaa suuresti käsittelyn tarkoituksen toteutumista tieteellisessä tutkimuksessa.

#### Oikeus käsittelyn rajoittamiseen (tietosuoja-asetuksen 18 artikla)

Sinulla on oikeus henkilötietojesi käsittelyn rajoittamiseen tietyissä tilanteissa kuten, jos kiistät henkilötietojesi paikkansapitävyyden.

#### Vastustamisoikeus (tietosuoja-asetuksen 21 artikla)

Sinulla on oikeus vastustaa henkilötietojesi käsittelyä, jos käsittely perustuu yleiseen etuun tai oikeutettuun etuun. Tällöin yliopisto ei voi käsitellä henkilötietojasi, paitsi jos se voi osoittaa, että käsittelyyn on olemassa huomattavan tärkeä ja perusteltu syy, joka syrjäyttää oikeutesi.

#### Oikeuksista poikkeaminen

Tässä kuvatuista oikeuksista saatetaan tietyissä yksittäistapauksissa poiketa tietosuoja-asetuksessa ja Suomen tietosuojalaissa säädetyillä perusteilla siltä osin, kuin oikeudet estävät tieteellisen tai historiallisen tutkimustarkoituksen tai tilastollisen tarkoituksen saavuttamisen tai vaikeuttavat sitä suuresti. Tarvetta poiketa oikeuksista arvioidaan aina tapauskohtaisesti.

#### Profilointi ja automatisoitu päätöksenteko

Tutkimuksessa henkilötietojasi ei käytetä automaattiseen päätöksentekoon. Tutkimuksessa henkilötietojen käsittelyn tarkoituksena ei ole henkilökohtaisten ominaisuuksiesi arviointi, ts.

profilointi vaan henkilötietojasi ja ominaisuuksia arvioidaan laajemman tieteellisen tutkimuksen näkökulmasta.

#### Rekisteröidyn oikeuksien toteuttaminen

Jos sinulla on kysyttävää rekisteröidyn oikeuksista, voit olla yhteydessä tutkimuksen toteuttajaan eli Ida Loposeen.

Sinulla on oikeus tehdä valitus erityisesti vakinaisen asuin- tai työpaikkasi sijainnin mukaiselle valvontaviranomaiselle, mikäli katsot, että henkilötietojen käsittelyssä rikotaan EU:n yleistä tietosuojasetusta (EU) 2016/679. Suomessa valvontaviranomainen on tietosuojavaltuutettu.

Tietosuojavaltuutetun toimisto

Ratapihantie 9, 6. krs, 00520 Helsinki, PL 800, 00521 Helsinki

Puhelinvaihe: 029 566 6700

Sähköposti (kirjaamo): tietosuoja@om.fi