

Haluava, kykenemätön ja riskialtis

Diskurssianalyysi Lääkärilehden sukupuolivähemmistöjen hoitoa käsittelevistä kirjoituksista

Aino-Mari Uisma

Kandidaatintutkielma

Sosiologia

Yhteiskuntatieteiden ja Filosofian laitos

Jyväskylän yliopisto

Syksy 2020

ABSTRAKTI

Haluava, kykenemätön ja riskialtis - Diskurssianalyysi Lääkärilehden
sukupuolivähemmistöjen hoitoa käsittelevistä kirjoituksista

Aino-Mari Uisma

Sosiologia

Kandidaatintutkielma

Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos

Jyväskylän yliopisto

Ohjaaja: Hanna-Mari Husu

Syksy 2020

Sivumäärä: 22

Lääkärien tavat puhua sukupuolivähemmistöihin kuuluvista on jäänyt pitkälti tutkimuksen marginaaleihin. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella tätä vähän tutkittua ilmiötä. Keskeiset kysymyksetni olivat, miten lääkärit kirjoittavat sukupuolivähemmistöistä, ja millaisia hallintaan liittyviä diskursseja näissä kirjoituksissa on havaittavissa. Aineisto koostui kolmestatoista Lääkärilehden kirjoituksesta vuosien 2011 ja 2020 väliltä. Teoreettisen viitekehyksen keskiössä olivat hallinta, biopolitiikka ja medikalisaatio. Analyysissä muodostettiin kolme diskurssia - riskien, haluamisen ja kykenemättömyyden diskurssit. Nämä diskurssit tekivät näkyviksi sen, kuinka sukupuolivähemmistöjä pyritään hallitsemaan rakentamalla heistä päätöksiin kykenemättömiä, ei hoitoja tarvitsevia vaan haluavia, sekä itselleen että lääkäreille riskaabeleja potilaita. Tulokset tukevat aiempien tutkimusten havaintoja siitä, kuinka lääkärit lähestyvät sukupuolta normatiivisista, biologiaan pohjautuvista lähtökohdista käsin, mikä asettaa sekä lääkärit että potilaat haastavaan tilanteeseen.

Avainsanat: Sukupuolivähemmistöt, medikalisaatio, hallinta, biopolitiikka, diskurssianalyysi

Sisällysluettelo

1. Johdanto	1
2. Sukupuolivähemmistöjen lääketieteellinen asema Suomessa	2
3. Hallinta, biopolitiikka ja medikalisaatio	4
3.1 Hallinta	4
3.2 Biopolitiikka ja sukupuoli	5
3.3. Medikalisaatio	7
4. Aineisto ja metodi	8
4.1. Lääkärilehti aineistona	8
4.2. Lyhyesti diskurssianalyysistä	9
5. Tulokset	11
5.1 Riskien diskurssi	11
5.2 Haluamisen diskurssi	13
5.3 Kykenemättömyyden diskurssi	14
6. Johtopäätökset	17
7. Lopuksi	21
Lähdeluettelo	23
Liitteet	27
Liite 1 - Tutkimusaineisto	27

1. Johdanto

Tässä työssä tutkin diskurssianalyysin avulla lääkäreiden tapoja rakentaa ja merkityksellistää sukupuolivähemmistöjen hoitoa. Tutkimuskysymykseni ovat *miten lääkärit kirjoittavat sukupuolivähemmistöjen terveydenhuollosta ja millaisia hallintaan liittyviä diskursseja kirjoituksissa on havaittavissa*. Lääketieteen ammattilaisten käyttämät diskurssit suhteessa sukupuolivähemmistöihin ovat pitkälti jääneet tutkimuksen marginaaleihin. Lääketieteellä on keskeinen rooli monien sukupuolivähemmistöihin kuuluvien henkilöiden elämässä - esimerkiksi Suomessa lääketieteellinen diagnoosi ja hoito on edellytys juridiselle sukupuolen tunnustamiselle (Laki transseksuaalin sukupuolen vahvistamisesta 2002/563 §1).

Lääketieteen keskeisen roolin myötä on luontevaa lähestyä sukupuolta ja sen poikkeamiksi ymmärrettyjä muotoja medikalisoituneena ilmiönä. Lääketieteellisen selvityksen vaatiminen laissa osoittaa sen, kuinka suuressa arvossa lääketieteellistä asiantuntijuutta pidetään. Tästä syystä lääkäreiden valtaa suhteessa sukupuolivähemmistöjä kohtaan on myös tärkeää tarkastella. On hyvä kuitenkin huomioida, että valta ei merkitse aina negatiivista, alistavaa voimaa, vaan se voi myös tuottaa hyvää. Lääketieteelliset diskurssit, kun niitä pidetään yhteiskunnallisesti arvokkaina, voivat myös auttaa sukupuolivähemmistöjä saavuttamaan juridisia ja sosiaalisia oikeuksia (Minter JD & Keisling 2010). Vaikka lääketiede on pitkälti rakentunut normatiivisen sukupuolikäsityksen ympärille, kuten DeVore ja kumppanit (2018) artikkelissaan esittävät, on terveydenhuollon mahdollista kehittyä huomioimaan sukupuolen moninaisuus kokonaisvaltaisemmin kiinnittämällä laajemmin huomiota tapoihin, joilla sukupuolen moninaisuus haastaa lääketiedettä. Tämä vaatii kuitenkin olemassa olevien asenteiden ja sukupuolen merkityksellistämistapojen tiedostamista ja näiden tietoista muuttamista.

Lääkäreiden diskursseja sukupuolen moninaisuuteen liittyen on tutkittu aiemmin varsin vähän. Suomalaisessa kontekstissa on tutkittu ensimmäiseen translakiin liittyvää keskustelua biopolitiikan näkökulmasta (Repo 2019). Lääkärilehden kirjoituksia puolestaan on tutkittu biopolitiikan lähtökohdista liittyen lihavuuden hallintaan (Aho 2009). Kansainvälisessä tutkimuksessa on tutkittu diskurssianalyttisesti transsukupuolisten omia, sukupuolinormeja haastavia diskursseja (Sanger 2008) sekä transsukupuolisten julkisen tilan käytön rajoittamista erilaisten diskurssien kautta (Daum 2015). On myös tutkittu, kuinka

transihmiset navigoivat medikalisoituneessa ympäristössä (Johnson 2018) ja kuinka sukupuolinormeihin sopimattomia lapsia hoidetaan “korjaavasti” (Pyne 2014).

Käyttämäni teoreettinen viitekehys pohjaa pitkälti Michel Foucault’n töiden perintöön. Keskeistä tutkimukselleni on käsitys hallinnasta ja sen kietoutumisesta diskursseihin. Foucault ymmärtää vallan ei pelkästään rajoittavana ja kieltävänä, vaan myös tuottavana voimana. Se tuottaa tietoa ja diskursseja, joiden kautta hallinta on tehokkaampaa. (Foucault 1980, 119). Hallinta voidaan ymmärtää yksinkertaisimmillaan käyttäytymisen ohjaamiseksi. Nykyään hallinta nähdään monijakoisena - valtiovalta ei enää hallinnoi niin paljoa ja niin suoraan, vaan hallintaa harjoittavat myös erilaiset instituutiot ja ihmiset suhteessa itseensä ja muihin. (Miller & Rose 2019, 10–20). Käytän hallinnan rinnalla biopolitiikan ja medikalisaation käsitteitä jäsentääkseni niitä erityisiä hallinnan tapoja, jotka liittyvät tähän pitkälti lääketieteen piiriin asetettuun ilmiöön. Teoreettisen viitekehykseni kautta on mahdollista nostaa esille niitä hienovaraisia tapoja, joilla lääkärit alansa ammattilaisina rakentavat kuvaa sukupuolen moninaisuudesta, potilaistaan ja itsestään, ja kuinka valta toimii näissä rakennelmissa.

Käyttämäni aineisto koostuu kolmestatoista Lääkäriliiton julkaiseman Lääkärilehden kirjoituksesta. Ne ovat kommentteja, kannanottoja ja ajankohtaisia uutisointeja liittyen sukupuolivähemmistöjen hoitoon. Lääkärilehti toimii merkittävänä keskusteluareenana maamme lääketieteen ammattilaisille ja opiskelijoille, ja siten se tarjoaa myös katsauksen tämän ammattilaisjoukon tapoihin käsitellä ja jäsentää sukupuolivähemmistöjä omaan alaansa liittyen. Lähestymällä aineistoa diskurssianalyysin kautta pyrin nostamaan esille niitä hienovaraisia tapoja, joilla sukupuolivähemmistöjä merkityksellistetään ja valtaa käytetään.

2. Sukupuolivähemmistöjen lääketieteellinen asema Suomessa

Sukupuolivähemmistö on kattotermi, jonka alle sijoittuvat transsukupuoliset, muunsukupuoliset, intersukupuoliset ja transvestiitit. Transsukupuolisen henkilön sukupuoli ei vastaa hänelle syntymässä määrättyä sukupuolta. Muunsukupuolisen henkilön sukupuolta eivät kuvaa binääriset käsitteet *nainen* tai *mies*. Intersukupuolisen henkilön keho ei

syntymässä vastaa normatiivisia käsityksiä miehen tai naisen kehosta, mistä huolimatta heidät sijoitetaan juridisesti joko miehen tai naisen kategoriaan. Transvestiitit puolestaan ovat pääosin tyytyväisiä syntymässä määriteltyyn sukupuoleensa mutta ilmaisevat esimerkiksi pukeutumisensa kautta ajoittain muita sukupuolia. (“Käsitteitä” n.d.) Suomessa käytössä oleva ICD-10 -tautiluokitusjärjestelmä (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) luokittelee sukupuoli-identiteetin häiriöiksi transsukupuolisuuden, lapsuuden sukupuoli-identiteetin häiriön, muun sukupuoli-identiteetin häiriön ja määrittelemättömän sukupuoli-identiteetin häiriön mielenterveyden häiriöiden joukkoon (WHO 1993, F64.0–F64.9). ICD-11 -järjestelmässä siirrytään mielenterveydellisistä identiteettihäiriöistä kohti sukupuolidysforian diagnosointia, joka sijoittuu seksuaaliterveyteen liittyvien tilojen luokkaan (WHO 2018). Tätä versiota ei kuitenkaan olla vielä otettu käyttöön Suomessa.

Sukupuolen moninaisuus on sukupuolivähemmistöjä laajempi käsite, jonka mukaan sukupuolta ei voi jakaa yksiselitteisesti vain kahteen toisistaan vastakkaiseen sukupuoleen - mieheen ja naiseen - vaan tapoja olla ja ilmaista sukupuolia on useita. Sen kautta sukupuolen voidaan ymmärtää muodostuvan erilaisista geneettisistä, kehityksellisistä, hormonaalisista, fysiologisista, psykologisista, sosiaalisista ja kulttuurisista tekijöistä. (“Sukupuolen moninaisuus” n.d.) Viime vuosina sukupuolen moninaisuutta on ryhdytty huomioimaan laajemmin tutkimuksissa esimerkiksi tutkimalla muunsukupuolisia ja perinteisiin sukupuolikäsityksiin sopimattomia henkilöitä (Galupo, Pulice-Farrow & Ramirez 2017; Reisner & Hughto 2019; Fiani & Han 2019; Motmans, Nieder & Bouman 2019).

Suomea on pitkään patisteltu sukupuolivähemmistöjen terveydenhoitoon liittyvistä vaatimuksista. Esimerkiksi YK:n ihmisoikeusneuvosto on todennut vuodesta 2002 lähtien voimassa olleen lisääntymiskyvyttömyyden vaatimuksen edellytyksenä sukupuolen oikeudelliselle vahvistamiselle olevan ihmisoikeuksien vastainen (Villa 2018). Intersukupuolisten vauvojen ja lasten leikkauksellisia sukuelinten korjaushoitoja voidaan yhä tehdä ja niistä voi seurata pitkäkestoisia traumoja, lisääntymiskyvyttömyyttä ja muita fyysisiä ja psyykkisiä ongelmia (Oikarinen 2019.) Tämän voi nähdä olevan osa laajempaa, länsimaista toimintamallia, jossa “poikkeava” tai “väärä” sukupuoli pyritään muuttamaan “normaaliksi” (Karkazis 2008, 133–177). Sukupuolivähemmistöjen asema ja oikeudet puhuttavat myös nykyään paljon - translakia on pitkään pyritty uudistamaan ja monet järjestöt ajavat sukupuolen moninaisuuden parempaa huomioimista yhteiskunnan eri kentillä.

Lääketieteen rooli on keskeinen sukupuolivähemmistöihin kuuluvien hoidossa ja elämässä. Transsukupuolisten oikeudellista asemaa ja mahdollisuuksia tulla kohdatuksi oikean sukupuolensa edustajana määrittää edelleen usein pääsy trans-erityiseen terveydenhuoltoon. Suomen laki määrää, että sukupuolen juridista vahvistamista hakiessaan transsukupuolisen tulee "esittää lääketieteelli[nen] selvity[s] siitä, että hän pysyvästi kokee kuuluvansa vastakkaiseen sukupuoleen ja että hän elää tämän mukaisessa sukupuoliroolissa sekä siitä, että hänet on steriloitu tai että hän muusta syystä on lisääntymiskyvytön" (Laki transseksuaalin sukupuolen vahvistamisesta 2002/563 §1). On esitetty, että tämä lisääntymiskyvyttömyysvaatimus on alun perin liittynyt huoleen "hämmäntävistä" vanhemmuussuhteista ja väestön hallittavuudesta (Repo 2019). On myös huomioitava, että tämä niin kutsuttu translaki ei huomioi muunsukupuolisia, sillä Suomessa tunnustetaan edelleen vain kaksi juridista sukupuolta, eikä heillä ole siten mahdollisuuksia tulla juridisesti tunnustetuksi sukupuoli-identiteettinsä mukaisesti. Heidän on mahdollista saada muu sukupuoli-identiteetin häiriö -diagnoosi ja sen myötä lääketieteellisiä hoitoja, joita laki ei kuitenkaan erityisesti edellytä tai säätele. Myöskään intersukupuolisuuteen liittyviä hoitoja ei säätele mikään erityinen laki, minkä vuoksi hoitokäytännöt voivat erota suuresti alueittain ("Intersukupuolisuus" n.d.).

3. Hallinta, biopolitiikka ja medikalisaatio

3.1 Hallinta

Hallintaa on teoretisoitu sosiologiassa useista eri lähtökohdista käsin. Sitä on yhtäältä pyritty ymmärtämään intressien ja materiaalistien resurssien kautta, toisaalta arvojen ja kulttuuristen kontekstien näkökulmasta. On myös teoretisoitu hallintamentaliteettia, jonka kautta yksilöt voidaan valjastaa itsensä hallitsijoiksi. (Fox & Ward 2008). Yleisesti hallinta ymmärretään nykyisin monijakoisena, hajautuneena ilmiönä, ei vain valtioon, lakiin ja poliisiin kiinnittyneenä (Miller & Rose 2019, 10–20). Hallintaan voidaan nähdä liittyvän jatkuva siirtymä pois vallan keskittymisestä, osallisuus, vuorovaikutuksellisuus kansan ja eri instituutioiden välillä, sekä alhaalta ylöspäin suuntautuva yhteistyön ja yhteisymmärryksen rakentaminen (Fox & Ward 2008).

Hallintaan liittyy käsitys tiedosta ja vallasta toisiinsa kiinteästi kytkeytyvänä parina. Foucault'n mukaan jokainen sosiaalinen instituutio tuottaa itselleen ominaista tietoa - esimerkiksi järjestäytynyt lääketiede tuottaa lääketieteellistä tietoa. Tämä tuotettu tieto luonnollistaa näiden instituutioiden valta-asemaa ja samalla ylläpitää *status quota*. (Alasuutari & Qadir 2016). Tiedon ja informaation kontrollointi on siis tärkeä osa valtaa ja hallintaa (Haas 1992).

Tässä tutkimuksessa huomio kiinnittyy erityisesti episteemiseen hallinnan muotoon. Episteeminen hallinta pyrkii vaikuttamaan muiden toimijoiden näkemyksiin ja käsityksiin maailmasta, ihmisistä ja halutuista tavoitteista tiedolliseen auktoriteettiin nojaten (Alasuutari & Qadir 2013; 2016). Lääkärit muodostavat oman *episteemisen yhteisönsä*, joka tekee työtä ongelmien määrittelyssä ja ongelmien ratkaisemisessa oman ammatillisen osaamisensa pohjalta sekä oman ammattikuntansa sisällä että yhteistyössä muiden toimijoiden, kuten päättäjien, kanssa (Haas 1992). Episteeminen hallinta toimii diskurssien kautta, ja näitä episteemisten yhteisöjen käyttämiä diskursseja tutkimalla voidaan pyrkiä ymmärtämään hallinnan toimintatapoja ja vaikutuksia (Alasuutari & Qadir 2013). Tässä aineistossa episteemiseksi hallinnaksi voidaan tulkita esimerkiksi lääketieteellisen tiedon korostamisen toivominen (yhteiskunnallisissa) päätösprosesseissa ja lääketieteellisen tiedon merkityksen korostaminen sukupuolivähemmistöjä ja heidän hoitojaan arvioitaessa ja määriteltäessä.

Hallinta voi yleisesti näkyä esimerkiksi tavoissa puhua ja käsitellä tiettyjä asioita sekä ohjeistuksissa ja oletuksissa. Jotta hallintaa voidaan harjoittaa, täytyy jonkin asian näyttää jollekulle ongelmalliselta. "Ongelmalliseksi käyminen" on prosessi, jossa ongelmat eivät ole ennalta annettuja tai löytöään odottavia, vaan ne täytyy muotoilla ja tehdä näkyviksi. (Miller & Rose 2010, 7–26). Tällainen ongelman muotoilu voi sukupuolivähemmistöjen kohdalla tapahtua esimerkiksi hoitojen riskeihin tai henkilön harhaisuuteen vetoamalla lääkäreiden episteemisen yhteisön sisäisissä diskursseissa.

3.2 Biopolitiikka ja sukupuoli

Tässä tutkimuksessa hallintaa jäsenellään biopolitiikan näkökulmasta. Biopolitiikka sai alkunsa Foucault'n mukaan 1700-luvulla kapitalismin nousun rinnalla, kun vallanpitäjien katseet kääntyivät huomioimaan elämän prosessina, jota voitaisiin hallita ja muokata

(Lazzarato 2002). Biopolitiikka tarkoittaa valtamekanismeja, jotka on suunnattu ruumiiseen ja elämään. Sen kautta ihmiset järjestetään hallittavaksi populaatioksi, jota voidaan tutkia ja ohjailta. (Foucault 2010, 105–106). Kansalaiset ja heidän ruumiinsa edustavat biovaltaa, joka on tärkeä resurssi valtiolle ja edellytys sen hyvinvoinnille ja kehitykselle (Lazzarato 2002). Biopolitiikan tehtävä on ottaa tämä elämä ja sen edustama potentiaali hallintaansa - se tekee syntymästä ja kuolemasta, sairaudesta ja terveydestä, niin fyysisestä kuin henkisestä, hallinnan ja kansakunnan kiinnostuksen kohteita. Populaatiota pyritään näin hallitsemaan, tarkkailemaan, järjestämään ja vahvistamaan, jotta kansakunta kokonaisuudessaan vahvistuisi ja menestyisi (Lilja & Vinthagen 2014). Biopolitiikan hallintamekanismeja ovat esimerkiksi yhteiskunnallisten ilmiöiden, kuten maastamuuton ja kansanterveyden, problematisointi ja niille ratkaisujen etsiminen (Foucault 2010, 103).

Sukupuoli toimii biopolitiikan näkökulmasta välineenä, jonka kautta ihmisiä ja elämää hallitaan. Sukupuolten erottelu lääketieteellisesti 1800-luvun jälkipuoliskolla mahdollisti sukupuolien tarkan määrittelyn ja niiden toteamisen perimmiltään erilaisiksi. Tämän erottelun myötä naiset voitiin todeta pohjimmiltaan heikommaksi sukupuoleksi, jonka pyrkimykset sosiaaliseen tasa-arvoon voitiin sivuuttaa biologisiin eroihin ja heikkouksiin vetoamalla. (Krieger & Fee 1994). Repon (2013) mukaan länsimainen erottelu biologisen sukupuolen (*sex*) ja sosiaalisen sukupuolen (*gender*) välillä juontaa juurensa 1950-luvun Yhdysvaltoihin. Kun sukupuolta ryhdyttiin ymmärtämään ei pelkästään biologisena totuutena vaan myös opittuna ja opettuna, sosialisoinnin kautta saavutettuna ominaisuutena, tarjosi tämä enemmän mahdollisuuksia tutkia, määrittellä ja siten hallita ihmisiä sukupuolen kautta.

Sukupuolet mahdollistavat biopoliittisen väestön jäsentelyn ja hallinnan. Tämä näkyy esimerkiksi tutkimuksessa; miesten ja naisten terveyden ja sairauden mittaaminen ja vertailu toisiinsa on hyvin vakiintunut tapa. Näissä tulkinnoissa on ollut tapana huomioida ja korostaa nimenomaan sukupuoleen liittyviä piirteitä ja eroja muiden tekijöiden, esimerkiksi yhteiskunnallisen luokan, sijasta. (Krieger & Fee 1994). Sen lisäksi, että väestöä mitataan ja arvioidaan sukupuolikategorioiden kautta, toimii sukupuoli myös väestön käytöstä ohjaavana ominaisuutena. Biopoliittisen näkökulman (ydin)perheet, läheiset ja koulut voidaan valjastaa sukupuolen valvojiksi ja opettajiksi, joiden avulla lapset oppisivat oikeanlaisiksi sukupuolensa edustajiksi. Näin heidät saadaan täyttämään yhteiskunnallisen roolinsa toimimalla sukupuolelleen soveliaalla tavalla, tekemällä oikeanlaisia töitä ja lisääntymällä. (Repo 2013).

Biopolitiikan näkökulmasta sukupuolivähemmistöt voivat merkitä hallinnan ongelmallistumista - normatiivisia käsityksiä sukupuolesta uhmaavat sukupuolen ilmaisemisen ja olemisen tavat eivät ole helposti kategorisoitavissa, seurattavissa ja siten hallittavissa (Repo 2019). Aineistossa biopolitiikkaan liittyviksi ilmaisuiksi ja diskursseiksi voidaan tulkita esimerkiksi sukupuoliin liittyvien piirteiden tai sukupuolikategorioiden määrittelypyrkimykset. Lisäksi ruumiin terveydestä ja lisääntymiskyvystä huolehtiminen ovat biopolitiikalle tyypillisiä hallinnan keinoja, joihin analyysissä kiinnitetään huomiota.

3.3. Medikalisaatio

Viimeisenä teoreettisena käsitteenä, jonka avulla hallinnan tapoja tarkastellaan, on medikalisaatio. Medikalisaatio tarkoittaa prosessia, jonka kautta asiat - etenkin ei-lääketieteelliset asiat - tulevat problematisoiduiksi ja hoidetuiksi lääketieteellisinä ongelmina (Conrad 1992). Medikalisaation myötä elämän ominaisuuksia, kuten syntymää, kuolemaa ja tunteita, ja poikkeavuuksia tarkastellaan terveys-sairaus -akselilla (Tuomainen, Ryytänen, Myllykangas & Elo 1999, 8–17). Usein tämä tapahtuu sairauksien tai häiriöiden nimityksien varjolla. Medikalisaatioon kuuluu esimerkiksi ongelman määrittely ja kuvaaminen lääketieteellisin termein ja lääketieteellisten interventioiden käyttö ongelman korjaamisessa. (Conrad 1992) Tästä kaikesta seuraa lääketieteilijöiden kasvava yhteiskunnallinen vaikutusvalta (Tuomainen et al 1999, 28).

Medikalisaatioon voidaan nähdä liittyvän lääketieteelle erityinen tapa tarkastella kehoja. Michel Foucault'n (2013) mukaan lääketieteellinen katse (*Le regard médical*) erottaa ihmisen kehon tämän identiteetistä - se keskittyy niihin asioihin, joita se voi aistien ja apuvälineiden avulla havainnoida. Sitä käyttää lääkäri, jonka arviointia ja interventioita oikeuttaa ja tukee institutionalisoitunut lääketiede. Samalla tämä katse laskelmoi ja arvioi mahdollisuuksia ja riskejä. Sukupuolta lähestyttäessä tällainen erityinen lääketieteellinen, jopa patologisoiva lähestymistapa voi tarkoittaa esimerkiksi erilaisten sukupuoli-identiteettien nimeämistä häiriöiksi tai sairauksiksi - kuten esimerkiksi ICD-10 -järjestelmässä (WHO 1993). Tapa tarkastella kehoa identiteetin ulkopuolisena asiana ei myöskään tee mahdolliseksi nähdä ja tunnustaa sellaisten henkilöiden sukupuolta, joiden sukupuoli on muu kuin heidän biologisille ominaisuuksilleen tyypillisesti määriteltä sukupuoli.

Medikalisaatio, jolle tyypilliseksi voidaan ymmärtää erityisesti ruumista ja sen ominaisuuksia tarkasteleva katse, voi näkyä aineistossa esimerkiksi tiettyjen sukupuolten tai sukupuolen ilmaisutapojen ymmärtämisenä sairauksina tai häiriöinä, joita tulee hoitaa ensisijaisesti lääketieteellisin keinoin. Se tuo myös mukanaan tavan lähestyä sukupuolta ensisijaisesti kehon biologiin ominaisuuksiin, kuten sukuelimiin, kromosomeihin tai ulkonäköön, huomiota kiinnittämällä. Medikalisaatio voi myös merkitä lääketieteellisen tiedon korostamista sukupuolivähemmistöjen hoitoja arvioidessa ja toteutettaessa.

4. Aineisto ja metodi

4.1. Lääkärilehti aineistona

Lääkärilehti on Suomen Lääkäriliiton julkaisema lääketieteeseen, lääkärin kliiniseen työhön ja terveyspolitiikkaan keskittyvä julkaisu. Lehti ilmestyy 38 kertaa vuodessa. Se on perustettu vuonna 1922 ja on painosmäärältään 31 500. Lääkärilehti jaetaan kotiin Lääkäriliittoon kuuluville lääkäreille ja lääketieteen opiskelijoille. Lehteä tilataan lisäksi terveydenhuollon yrityksiin, hallintoon ja kirjastoihin. Lehdestä vastaa kuukausittain kokoontuva lääketieteellinen päätoimittaja ja kymmenhenkinen lääkäritoimitus. ("Yhteydet" n.d.). Lääkäriliitto luonnehtii lehteä Suomen tärkeimmäksi lääketieteellisen tiedon levittäjäksi ("Lääkärilehti" n.d.).

Suomen Lääkäriliitto on vuonna 1910 perustettu ammattijärjestö, johon kuuluu noin 93% Suomessa toimivista lääkäreistä, eli 26 000 jäsentä. Se on Akavan jäsenjärjestö ja sitä luonnehditaan Suomen arvostetuimmaksi jäsenjärjestöksi. ("Lääkäriliitto" n.d.) Sen yhteiskunnallisiin tehtäviin lukeutuu muun muassa terveydenhuollon toimivuuden ja oikeudenmukaisuuden edistäminen, potilaan valinnanvapauden lisääminen sekä palveluiden hyvän saatavuuden turvaaminen ("Terveyspoliittinen vaikuttaminen" n.d.) Liiton arvoja ovat elämän kunnioittaminen, ihmisyyden, eettisyys, korkea ammattitaito ja kollegiaalisuus. Tehtävikseen liitto linjaa myös lääkärin profession edistämisen, lääkärin ammattikunnan yhdistämisen, lääkärin edunvalvonnan ja ihmisyyden puolustamisen kansainvälisesti. ("Arvot ja tehtävät" n.d.)

Lääkärilehdessä julkaistaan lääketieteellisiä ja terveydenhuoltoon liittyviä alkuperäistutkimusartikkeleita, katsauksia sekä pääkirjoituksia. Lehden kirjoitusohjeiden mukaan aiheiden tulee olla yleisesti kiinnostavia ja tekstin tulee olla ymmärrettävää ilman erityisasantuntemusta. Lehden useiden vakiopalstojen aineisto on pääosin pyydettyä tai toimituksellista, joskin ulkopuolisia ehdotuksia otetaan myös vastaan. Lehdessä julkaistavat tutkimukset ja katsaukset käyvät läpi toimituksen ulkopuolisen vertaisarvioinnin, toimitus päättää kirjoitusten lopullisesta julkaisemisesta. (‘‘Kirjoitusohjeet’’ 2020). Toimituksella on siis reilusti valtaa siinä, mitkä ja millaiset tekstit tulevat julkaistuksi.

Valitsin Lääkärilehden kirjoitukset aineistokseni ensisijaisesti siksi, että näen tämän lehden toimivan tärkeänä keskusteluareenana terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa. Sen levikki on varsin laaja, sävy ammattimainen ja lukijakunta kattaa suurimman osan lääkäreistä. Lääkärilehti sopii siis hyvin vastaamaan kysymyksenasetteluihini ja on yhteneväinen teoreettisen viitekehitykseni kanssa. Se on myös tämän tutkimuksen tarkoituksiin nähden varsin helposti saavutettavissa.

Aineistoni koostuu Lääkärilehden kirjoituksista (n=13) liittyen sukupuolen moninaisuuteen ja sukupuolivähemmistöjen terveydenhoitoon. Tein hakuja Lääkärilehden hakukoneessa hakutermeillä ‘‘transsukupuolisuus’’ ja ‘‘sukupuolivähemmistö’’, minkä tuloksena oli 24 kirjoitusta vuosilta 2011-2020. Karsin näistä yksitoista tulosta pois: kuusi siksi, että ne olivat hyvin pitkiä artikkeleita, kolme siksi, että ne eivät ottaneet kantaa sukupuolivähemmistöjen hoitoon, yhden siksi, koska se sisälsi saman tekstin kuin toinen kirjoitus, mutta vain netissä, ja viimeisen siksi, että se ilmoitti uusien hoitosuosituksen tulleen ilman sen suurempaa sisältöä. Karsinnat tein pääosin ajankäytöllisistä syistä. Aineiston kirjoitukset edustavat pääosin uutisointeja ajankohtaisista aiheista ja lääkärin itse kirjoittamia, Lääkärilehden lähettämiä kommentteja. Näitä voi luonnehtia yleisesti keskustelua herätteleviksi ajankohtaisten aiheiden esillenostoiksi ja omien, ammatillisten näkemysten esittämiseksi.

4.2. Lyhyesti diskurssianalyysistä

Diskurssianalyysin näkökulmasta kieli on joustava väline, jota käytetään maailman merkityksellistämiseen erilaisin tavoin eri tilanteissa ja eri aikoina. Diskurssit ovat

vakiintuneita, tietystä näkökulmasta rakennettuja merkityksellistämisen tapoja, jotka muokkaavat järjestelmällisesti käsittelemiään kohteita. (Pietikäinen & Mäntynen 2019, 13–17). Niiden kautta tuotetaan tietoa ja käytetään valtaa (Foucault 1980, 118–119). Keskeistä diskurssianalyysille on huomio kontekstissa - sen mukaan kielen tutkiminen suhteessa tilanteeseen, jossa sitä käytetään, tarjoaa syvällisemmän ymmärryksen kielen merkitykseen (Drid 2010). Diskurssianalyysin tarkastelun kohteena on se, miten ja millä ehdoilla erilaisia tapahtumia ja todellisuuksia merkityksellistetään, sekä millaisia seurauksia tällä on. Diskurssianalyysi ei pyri löytämään näistä versioista totuudellisinta, vaan se tarkastelee eri versioiden kamppailua suhteessa toisiinsa; mitkä diskurssit ovat hegemonisia, työnnettynä marginaaliin tai puuttuvat kokonaan. (Pietikäinen & Mäntynen 2019, 13–20).

Valta elää diskursseissa. Koska diskurssit määrittelevät sitä, miten ja millä perusteella ilmiöistä, asioista ja ihmisistä voi, saa, pitää ja kannattaa puhua - tai vaieta -, ovat ne tiukasti yhteydessä tapoihimme ja mahdollisuuksiimme tietää ja vaikuttaa. Esittämällä tietty asia systemaattisesti tietystä näkökulmasta, rakentuu siitä tietynlainen näkemys, “totuus”. Samalla diskurssit muokkaavat sekä “kohteena olevaa aihetta että ihmisiä, aikaa ja sen sosiaalisia ja kulttuurisia rakenteita ja toimintatapoja.” (Pietikäinen & Mäntynen 2019, 71–88).

Valitsin diskurssianalyysin metodiseksi lähestymistavakseni, sillä se sopii hyvin yhteen teoreettisen viitekehýkseni ja tutkimuskysymysteni kanssa. Diskursseja tarkastelemalla on mahdollista tunnistaa hegemoniset tavat puhua ja merkityksellistää sukupuolen moninaisuutta. Näin on myös mahdollista tulkita, millaista valtaa juurikin lääketieteen ammattilaisten diskursseihin kietoutuu episteemisen hallinnan näkökulmasta. Lääketieteellisten asiantuntijoiden rakentamalla ja käyttämällä diskursseilla on nähdäkseni erityistä valtaa tiedon ja “totuuden” muodostamisessa yhteiskunnassamme.

Lukiessani aineistoani pohdin jatkuvasti sitä, miten sukupuolivähemmistöjä rakennetaan ja millaisena sukupuolen moninaisuus saadaan kirjoitusten kautta näyttämään. Pyrin myös paikantamaan sellaisia ajatuksia ja arvoja, joihin valta ja hallinta kietoutuvat. Ensimmäisten kahden lukukerran jälkeen lähdin lukemaan aineistoa yksityiskohtaisemmin ja muistiinpanoja tehden teoreettisen viitekehýkseni ohjaamana. Seuraavaksi lähdin koodaamaan aineistoani teorialähtöisesti. Muodostin luokkia, jotka koodasin aineistoon eri väreín. Tällaisia luokkia olivat esimerkiksi “puhe iästä”, “puhe sukupuolen luonteesta” ja “puhe lääketieteen merkityksestä.” Useamman koodauskierroksen jälkeen tarkastelin muodostamiani luokkia syvemmin ja yhdistelin pienempiä luokkia laajempien kattotermien

alle - esimerkiksi iän, häiriöiden ja harhaisten käsitysten problematisoinnin luokat muodostavat tulkinnassani suuremman kykenemättömyyden diskurssin.

5. Tulokset

5.1 Riskien diskurssi

Riskiksi nimeämisestä sekä riskien arvioimisesta ja välttämisestä on tullut kasvava osa eri alojen ammattilaisten toimintaa (Rose 1996). Aineistossa sukupuolivähemmistöistä puhuttaessa keskusteluun nostetaan alati puhe riskeistä; hoitojen potentiaaliset haittavaikutukset, peruuttamattomuus ja katumisen mahdollisuus nostetaan kirjoituksissa usein esille. Nämä riskit eivät jää pelkästään potilaan hyvinvointia koskeviksi huoliksi vaan ne ulottuvat myös koskettamaan lääkäreiden ammattimaisuutta, sillä sukupuoli on hankala arvioinnin kohde ja lääkäreitä sitovat tietyt ammatilliset velvoitteet, kuten harmin välttäminen.

Vaikka aineistossa esiintyy puhetta hoitojen hyödystä ja avusta sukupuolivähemmistöille, nostetaan niiden rinnalle lähes poikkeuksetta riskeihin liittyvää puhetta. Nämä riskit sijoitetaan ensisijaisesti potilaan kehoon. Sukupuolen moninaisuus ja siihen mahdollisesti liittyvät hoidot merkitsevät uhkaa esimerkiksi lisääntymiskyvylle:

Myös katuminen on mahdollista. Kehonkorjaushoitojen mahdollisuudet ovat rajalliset, eikä täysin tyydyttävää lopputulosta voida aina saavuttaa. Hormonihoito ja sukupuolielinten kirurgiset toimenpiteet vaikuttavat mahdollisuuteen hankkia myöhemmin biologisia lapsia

Lisääntymiskyvystä huolehtimisen voi nähdä kiinnittyvän osaksi laajempaa yhteiskunnallista ja yksilöllistä huolta syntyvyydestä (Rotkirch, Tammissalo, Miettinen & Berg, 2017) Vaikka kykyyn hankkia lapsia viitataan aineistossa eksplisiittisesti vain kerran, on perusteltua olettaa, että yleinen puhe peruuttamattomuudesta sisältää myös huolen lisääntymiskyvystä ja -halusta kun käsitellään esimerkiksi sukuelinkirurgiaa ja hormonihoitoja.

Peruuttamattomuudesta puhutaan pitkälti sukupuolivähemmistöjen edustajille mahdollisten hormoni- ja leikkaushoitojen suhteen. Huoli peruuttamattomuudesta ja huoli

sukupuoli-identiteetin varmuudesta esiintyvät tiiviisti yhdessä. Etenkin nuorelle, “terveelle keholle” tehtäviin peruuttamattomiin tai osin peruuttamattomiin hoitoihin tulee “suhtautua varauksella.” Tässä korostuu lääkärin rooli ja etiikka - tulee varmistua siitä, että hoidot ovat tarpeellisia ja ettei terveenä pidettyä kehoa lähdetä muokkaamaan turhaan. Terve keho on keho, jota ei ole tarpeellista tai eettistä hoitaa lääkärin itsensä näkökulmasta.

Aineistossa esiintyy muutaman kerran *primum non nocere* -lausahdus, eli *ensinnäkin, älä vahingoita*. Lääketieteen asema ja valta näyttäytyvät hyvin tässä vahingoittamisen välttämisen periaatteessa. *Primum non nocere* edustaa lääketieteen arvoja, jotka nostetaan tässä keskustelussa keskeiseksi (Smith 2005). Lääketieteen harjoittajien itsensä näkemys ja arvio haitasta ja hyödystä on kirjoituksissa keskeinen, ei esimerkiksi kansalaisjärjestöjen tai hoidettavan ihmisen itsensä. Tämä näkyy esimerkiksi toteamuksessa, jonka mukaan “[l]ääkärillä on kuitenkin velvollisuus toimia parhaan tietämyksensä ja kokemuksensa mukaan, ja joskus se voi olla ristiriidassa perheen tai nuoren näkemyksen kanssa.” Ammattilaisen tietämys ja kokemus asetetaan vastakkain muiden näkemysten kanssa ja nostetaan muun yläpuolelle järjestelmällisesti aineistossa - tutkittu lääketieteellinen tieto ja lääkärin kokemus ovat hegemonisia kamppailussa niin potilaiden ja perheiden näkemyksiä kuin voimakkaita, vahvaa lääketieteellistä asiantuntemusta vailla olevia kansalaisjärjestöjäkin vastaan.

Eräs kirjoittaja toteaa, että “[m]eidän lääkärrien täytyisi nyt päättää, kummanlaisia virheitä olemme valmiimpia sietämään” puhuttaessa hoitamisen ja hoitamatta jättämisen riskeistä. Nämä virheet eivät siis sijoitu lääkäristä erilleen potilaan kehoon vaan vaikuttavat myös lääkäriin itseensä epäsuorasti. Jos lääkäri esimerkiksi antaa hoitoa väärin diagnosoidulle ihmiselle, voi se edustaa uhkaa lääkärin omalle maineelle ja kyvyille toimia ammatissaan (Dewey & Gesbeck 2015). Lehdessä esiteltyä kertomusta hoitojaan katuneesta henkilöstä kommentoidaankin seuraavasti: “on erittäin huolestuttavaa, että hoidot viedään näin pitkälle tällaisella pohjalla.”

Aineistoni perusteella riskejä korostava puhe on tiiviisti läsnä oleva osa sukupuolen moninaisuuden liittyvää lääkäreiden käymää keskustelua. Tämän kautta sukupuoleen liittyvistä hoidoista rakennetaan kuvaa uhkana erityisesti yksilön terveydelle; taustalla häilyy kuitenkin myös lääkäreiden huoli omasta ammattietiikasta haastavana näyttäytyvän sukupuolen moninaisuuden juurella. Tämä diskurssi käyttää valtaa rakentamalla uhkakuvia ja pyrkii saamaan kuulijansa varuilleen sukupuolen moninaisuutta lähestyessä.

Lääketieteellisten arvojen ja tietojen nostaminen keskeiseksi lähtökohdaksi keskustelussa paljastaa ilmiön medikalisoituneen luonteen. Lääkäreiden tulee olla varovaisia sukupuolen moninaisuuden kanssa toimiessaan sekä potilaansa hyvinvoinnin että oman ammattinsa puolesta, ja vain he ammattilaisina näyttävätyvät pätevinä tekemään arvioita ja päätöksiä.

5.2 Haluamisen diskurssi

Aineistoni kirjoituksissa puhutaan toistuvasti “toiveesta” tai “halusta” saada jotain tiettyä hoitoa tai olla jotain sukupuolta. Kutsun tätä tapaa puhua sukupuolesta haluamisen diskurssiksi. Haluamisen diskurssin sisälle asettuu kaksi erilaista keskustelua - sukupuoli itsessään haluamisen kohteena ja sukupuoleen liittyvät hoidot haluamisen kohteina.

Haluamisesta puhumalla tietynlaisesta sukupuolisuudesta rakennetaan kuvaa asiana, jota tahdotaan tai halutaan, ei asiana, jota ollaan. Tällainen haluamisesta puhuminen näkyy esimerkiksi tässä pohdinnassa:

[...] miksi mieheksi syntynyt, joka haluaa olla sekä mies että nainen, voisi muunsukupuolisuuteen vedoten saada rintaimplantit julkisen sektorin toimesta, mutta cis-sukupuolinen¹ nainen voi saada implantit vain lääketieteellisin perustein, esimerkiksi rintasyöpäleikkauksen jälkeen?

Puhuminen ihmisestä, jonka sukupuoli ei vastaa syntymässä keholle määrättyä sukupuolta tai joka uhmaa perinteistä mies-nainen -dikotomiaa, henkilönä joka haluaa olla jotain, sisältää näkemyksen siitä, että hän ei sitä todellisuudessa ole. Puhuminen sukupuolivähemmistöön kuuluvien henkilöiden sukupuolista asioina, joita halutaan olla, rakentaa kuvaa sukupuolen moninaisuudesta keksittynä, ei-todellisena asiana; samalla se vähättelee näiden ihmisten sukupuolta ja kokemusmaailmaa (Pulice-Farrow, Clemens & Galupo 2017). Kun sukupuolen moninaisuus maalataan järjestelmällisesti puheessa epätodelliseksi asiaksi, pidetään samalla yllä perinteistä käsitystä kahdesta sukupuolesta, jotka ovat keskenään erilaisia (Smith, Shin & Officer 2011). Biopolitiikan näkökulmasta tällaisen kuvan rakentaminen sukupuolesta tukee perinteistä mallia, jonka kautta kansaa on totuttu järjestelemään ja hallitsemaan (Repo 2019).

¹ Cis-sukupuolinen tarkoittaa henkilöä, jonka sukupuoli vastaa hänelle syntymässä määriteltyä sukupuolta

Aineistossa esiintyy sukupuolen luonteeseen liittyen myös ilmaisuja, joissa korostetaan erityisen paljon syntymässä määrättyä, biologiseksi sukupuoleksi käsitettyä sukupuolta. Ilmaisut, kuten “[n]aissukupuolestaan luopuneita transmiehiä” tai “[m]iehestä naiseksi muuttuneilla” vahvistavat alkuperäisenä pidetyn sukupuolen hegemonista luonnetta ja tekevät näkyväksi sen, kuinka keskeisessä roolissa sukupuolen biologiset piirteet ovat lääkäreiden kirjoituksissa. Lääkäreille voidaan nähdä olevan tyypillistä lähestyä kehoa identiteetistä irrallisena asiana, josta totuus voidaan kaivaa esiin (Hancock 2018). Kun sukupuoli käsitetään ensisijaisesti biologiasta käsin, näyttäytyy sukupuolen moninaisuus haluamisena, jossa pyritään ikään kuin pakoon biologisia tosiasioita ja siten sukupuolen moninaisuus esiintyy miltein patologisena ilmiönä.

Haluamisesta puhumalla myös sukupuolivähemmistöjen tarpeet ja omat näkemykset maalataan ei-välttämättömiksi asioiksi. Toistuva puhe henkilöistä, jotka *haluavat* tai *toivovat* esimerkiksi hormonihoidoja, luo kuvaa heistä ei hoitoa tarvitsevina vaan nimenomaan haluavina potilaina. Tällainen tarvitsemisen unhoittaminen voi merkitä samalla kärsimyksen vähättelyä tai sen täydellistä sulkemista pois keskustelusta.

Haluamisen diskurssissa valta elää siis kahdella tapaa. Ensinnäkin sen kautta tietyt sukupuolisuudet tehdään ei-todellisiksi ja toisaalta tietyt hoidot voidaan esittää haluamisen, ei tarpeen, kautta, jolloin ne saadaan näyttämään ei-välttämättömiltä. Puhumalla transihmisistä ihmisinä, jotka *haluavat* olla jotain muuta kuin heidän syntymässään määrätty sukupuoli, korostetaan hienovaraisesti heidän syntymässään määrättyä sukupuolta ja sen näennäisesti todellisuuteen juurtuvaa luonnetta (Pulice-Farrow, Clemens & Galupo 2017). Näin ylläpidetään normatiivista mies-nainen-jakaumaa, vähätellään tästä kategorisoinnista poikkeavia henkilöitä ja pidetään yllä biologisen sukupuolen vahvaa asemaa keskustelussa.

5.3 Kykenemättömyyden diskurssi

Lääketieteen harjoittajille on tärkeää, että heidän potilaansa ovat kykeneväisiä suostumaan hoitoihinsa ja arvioimaan niitä; hoitojen antaminen väärin diagnosoidulle henkilölle tai heikoin perustein on epäeettistä ja tekee lääkäristä vastuullisen aiheutuneesta haitasta ja kärsimyksestä (Dewey & Gesbeck 2015). Aineistossani esiintyy paljon puhetta sukupuolivähemmistöihin kuuluvista liian nuorina, ongelmallisina tai harhaisina ollakseen kyllin tietoisia ja kykeneväisiä päättämään sukupuoleensa liittyvästä hoidosta. Kutsun tätä

diskurssia kykenemättömyyden diskurssiksi. Sen kautta sukupuolivähemmistöistä rakennetaan kuvaa epäkypsinä, sairauksien ja häiriöiden rienaamina tai niin harhaluuloisina, että heidän ei voida nähdä pystyvän antamaan tietoista, pätevää suostumusta.

Ikä on keskeinen huolenaihe kirjoituksissa. Nuorten hakeutuminen sukupuolta korjaaviin hoitoihin puhuttaa paljon lääkärikuntaa myös maailmalla, ja sopivia hoito-ohjeistuksia kehitellään (Salas-Humara, Sequiera, Rossi & Dhar 2019). Aineistossa suurilta osin monet lääkärit näkevät nuoren iän olevan este monille hoidoille. Nuorista rakennetaan kuvaa kykenemättöminä korostamalla heidän yhä kehittyvää identiteettiään ja epäkypsyyttään. Yhdessä kirjoituksessa sanotaan:

Mutta päättääkseen todella oman tahtonsa mukaisesti täytyy kyetä arvioimaan interventioiden vaikutusta ja lisäksi jonkin verran ennakoimaan, mikä oma tahto asiassa on vaikkapa kymmenen vuoden kuluttua. Nuorella ihmisellä tätä arviointikykyä ei ole samalla tavalla kuin aikuisella. Tämä liittyy aivojen kypsymiseen, jossa etenkin tunne-elämän puoli kehittyy viiveellä verrattuna kognitiiviseen tasoon, jopa kolmannelle vuosikymmenelle asti. Tämän vuoksi vaikkapa 15-vuotiaan omiin päätöksiin asiassa, jossa terveelle keholle tehdään osin peruuttamattomia ratkaisuja, täytyy suhtautua varauksella.

Teksteissä lapsilla ja nuorilla ei nähdä olevan kykeneväisyyttä itsemääräämiseen. Hoitoja ei pitäisi tehdä vauvoille, jotka eivät pysty ilmaisemaan suostumustaan eivätkä omaa identiteettiään; nuorille hoitoja ei haluttaisi antaa siksi, että vaikka nuori *ajattelee* tietävänsä, mitä hän on ja mitä hän *haluaa olla*, ei hän todellisuudessa ole kuitenkaan kykeneväinen tietämään ja päättämään omista asioistaan. Tämän voi nähdä olevan osa laajempaa nuoreen ikään liittyvää keskustelua, jossa iän nähdään vaikuttavan siihen, miten ja mistä lähtökohdista lääkärit voivat potilaitaan hoitaa (Dickens & Cook 2005).

Aineistossa nuoreen ikään kytkeytyy myös tarve odottaa ja tehdä rauhassa. Kirjoituksissa puhutaan nuorista, jotka “tarvitsisivat alkuun aikaa ja kasvurauhaa.” Sukupuoleen liittyvät hoidot myös voivat odottaa esimerkiksi mielenterveydellisten ongelmien hoitoa ja parempaa elämäntilannetta. Ajankohta ja hoitojen oikea-aikaisuus ovat tärkeitä kirjoitusten perusteella.

Sairauksien ja häiriöiden esille nostaminen on myös yleistä kirjoituksissa, kun arvioidaan henkilön kykeneväisyyttä päättää omista asioistaan. Ollakseen kykeneväinen

tietoisesti arvioimaan itseään ja suostumaan hoitoon, täytyy kirjoitusten mukaan henkilön olla suhteellisen vailla mielenterveyden ongelmia, tai ainakin niiden täytyy olla hyvin hoidettuja ennen sukupuoleen liittyvien hoitojen aloittamista:

Psykiatrisen hoidon tarpeen arvio ja riittävän vakaa psyykkinen vointi ennen tutkimusjaksoa ovat oleellisia potilasturvallisuuden kannalta. Samanaikaisten psykiatristen häiriöiden hoidon jatkuvuus tulee turvata tutkimusten ja myös sukupuolenkorjausprosessin ajan.

Useissa kirjoituksissa kannetaan paljon huolta siitä, josko jokin *muu* häiriö on oikeasti kyseessä sukupuoliristiriidan sijasta; eräässä kommentissa todetaan, että “[p]syykkinen sairaus ei korjaudu sukupuolta vaihtamalla.” Taustalla häilyy pelko väärästä diagnoosista ja vääränlaisista hoidoista. Erityisen usein autismi ja psykoosit nostetaan esille kun pohditaan mahdollisia muita tekijöitä, jotka voivat vaikuttaa henkilön sukupuolikokemukseen. Diagnostisen haastavuuden edessä näiden muiden ongelmien hoito priorisoituu, sillä sukupuoli ja siihen liittyvät hoidot voivat lääkäreiden näkökulmasta odottaa (Dewey & Gesbeck 2015).

Viimeisenä osana kykenemättömyyden diskurssia on huoli henkilön harhaisuudesta. Tämä harhaisuus voi liittyä esimerkiksi sukupuoli-identiteetin vaihtelevuuteen, epärealistisiin odotuksiin, ulkopuolisiin vaikuttajiin tai jopa aivopesuun. Harhaisuuden vetoamalla rakennetaan kuva potilaasta, jota ei ole eettistä hoitaa, koska tämä ei ole täysissä mielensä voimissa (Dewey & Gesbeck 2015). Kokemus sukupuolesta voidaan esittää ei-todellisena, jonkin sisäisen tai ulkopuolisen tekijän vääristämänä:

Kun sukupuoli-identiteetin kysymykset ovat voimakkaasti esillä julkisuudessa ja sosiaalisessa mediassa, nuoruusikäiset ja nuoret aikuiset saattavat etsiä ratkaisua muihin psykiatrisiin ongelmiin ja kehityksellisiin vaikeuksiin sukupuolen korjauksesta.

Kykenemättömyyden diskurssi rajaa tehokkaasti tietynlaiset ihmiset hoitojen ulkopuolelle. Sen kautta heistä rakennetaan itsemääräämisoikeudeltaan vajaavaisia. Tämä on hyvä esimerkki diskursseissa elävästä vallasta - tällaisella kykenemättömyyden rakentamisella tietyiltä ihmisiltä otetaan pois oikeus päättää omasta hoidostaan ja samalla heidät alistetaan asiantuntijan, eli lääkärin, päätösvalalle. Suhteessa vajaavaiseen potilaaseen lääkärin rooli asiantuntijana korostuu - hänellä on virkansa puolesta eettinen velvoite toimia

oikein, eli tässä tapauksessa evätä tietyt hoidot niiltä, jotka eivät niihin voi täysivaltaisesti suostua.

6. Johtopäätökset

Tehtäväni oli tarkastella miten lääkärit kirjoittavat sukupuolivähemmistöjen terveydenhuollosta ja millaisia hallintaan liittyviä diskursseja kirjoituksissa on havaittavissa. Aineistosta nostamani diskurssit riskeistä, haluamisesta ja kykenemättömyydestä viittaavat siihen, että lääkärit hahmottavat sukupuolen moninaisuuden ei-todellisena asiana, johon liittyy sekä riskejä potilaan keholle että lääkärille itselleen. Hallinta aineistossani kietoutuu pitkälti niihin tapoihin, joilla normatiivisia sukupuolirakenteita pidetään yllä ja kuinka tietyistä henkilöistä rakennetaan kuvaa hoitoon kelpaamattomina ikään, sairauksiin tai harhaisuuteen vetoamalla.

Tulokseni tekevät näkyväksi lääkäreiden tapoja luoda totuuksia sukupuolen moninaisuudesta. Nämä käsitykset sukupuolesta vaikuttavat pidemmällä aikavälillä siihen, kuka voi saada sukupuolensa juridisesti tunnustetuksi ja kenelle sosiaalista elämää helpottavia hoitoja voidaan tai halutaan antaa. Aiempi tutkimus on osoittanut lääkäreiden lähestyvän sukupuolta normatiivisen mies-nainen -dikotomien ja perinteisten sukupuoliroolien ymmärryksen kautta, sukupuolen biologisia Aspekteja korostaen (DeVore et al 2018; Dewey & Gesbeck 2015; Johnson 2018). Esiin nostamani diskurssit sopivat varsin hyvin yhteen näiden tutkimusten kanssa. Jos sukupuolen moninaisuus ei näyttäyty lääkäreille todellisena ilmiönä vaan keksittynä, mahdollisesti *muista häiriöstä* seuraavana asiana, voi tämä käsitys käydä ilmi lääkärin ja potilaan välisessä vuorovaikutuksessa kielellisten mikroaggressioiden (Pulice-Farrow, Clemens & Galupo 2017) tai potilaan omia näkemyksiä vastaamattomana päätöksenä hoidosta.

Tulokseni asettuvat osaksi laajempaa biopoliittista lähestymistapaa sukupuoleen. Foucault (2010, 117) puhuu sukupuolen “ankarasta kuninkuudesta”; hänen mukaansa meidät on eri historiallisten strategioiden kautta saatu rakastamaan sukupuolta, janoamaan siitä tietoa ja kiskomaan siitä totuus esiin. Se on historiallisesti muotoutunut ilmiö, jonka kautta anatomiset elementit, biologiset funktiot, käyttäytyminen ja tuntemukset voidaan luokitella “keinotekoiseksi ykseydeksi” (Foucault 2010, 112–113). Diskurssieni tuottama kuva

sukupuolesta vahvistaa normatiivista käsitystä sukupuolesta ja vähättelee siitä poikkeavia sukupuolisuuden muotoja. Biopoliittisesta näkökulmasta katsoen tämä lähestymistapa sukupuoleen tukee vallitsevia tapoja jäsentää ja hallita ihmisiä kahden toisistaan erillisen sukupuolikategorian kautta, ja lääkäreillä voi nähdä olevan instrumentaalinen funktio tämän järjestyksen ylläpidossa sukupuolen medikalisoituneen luonteen ja lääkärinkunnan yhteiskunnallisesti merkittävän asemansa johdosta. Lisäksi kun lääkäreille nähdään olevan medikalisaation myötä korostunut asema yhteiskunnassa (Tuomainen et al 1999, 28) vaikuttanee heidän käsityksensä sukupuolen luonteesta myös monien muiden ymmärrykseen siitä - jos lääkärit pitävät tiettyjä sukupuolia sairaina tai väärinä, voi se myös ohjalla laajempaa yhteiskunnallista asennoitumista.

Repon (2019) mukaan transihmisiä on Suomessa hallittu tasa-arvoisuuden diskurssin kautta, johon kytkeytyy tiiviisti yleinen käsitys siitä, että kaikki transsukupuoliset haluavat hormoni- ja leikkaushoitoja. Aineistoni eroaa merkittävästi näistä käsityksistä; sukupuolen hoitojen antamiseen suhtaudutaan melko nuivasti ja kirjoituksissa tiedostetaan, että kaikki sukupuolivähemmistöihin kuuluvat eivät tahdo osaa tai mitään tarjotuista hoidoista. Aineistoni kirjoituksissa sukupuolivähemmistöt näyttävät melko heterogeenisenä joukkona yksilöllisiä potilaita. Tämä näkemysten ero voi johtua esimerkiksi ymmärryksen lisääntymisestä kansalaisjärjestöjen toiminnan myötä.

Aineistossani intersukupuolisuutta ekplisiittisesti koskevaa kirjoittelua oli vain yhden tekstin verran. Keskustelun puute aiheesta voi liittyä laajempaan yhteiskunnalliseen stigmaan, tiedon puutteeseen ja taipumukseen vaieta ilmiön olemassaolosta (Oikarinen 2019). Ottaen kuitenkin huomioon laajemman kykenemättömyyden diskurssin ja erityisesti ikään liittyvät huolet, näyttävät esimerkiksi vauvoille tehtävä sukuelinkirurgia diskurssien mukaan hyvin kyseenalaisena toimintana. Toisaalta on esitetty, että normatiivisia sukupuolikäsityksiä kehonsa (Karkazis 2008, 89–178) tai identiteettinsä (Pyne 2014) kautta uhmaavia nuoria pyritään erinäisin kasvatuksellisin tai lääketieteellisin keinoin asettamaan yhteiskunnan vallitseviin sukupuolikategorioihin. Biopoliittisesta näkökulmasta tällainen toiminta pyrkii ylläpitämään normatiivisia hallinnan kategorioita, ja kenties myös intersukupuolisuudesta vaikeneminen on osa tätä hallinnan taktiikkaa. Kun ilmiöstä vaietaan, ei se haasta julkisuudessa normatiivisia sukupuolikategorioita.

Työni tulokset herättävät kysymyksen siitä, pitäisikö lähestymistapoja sukupuoleen uudistaa. Lääketieteen ammattilaisten normatiivinen, biologiaan nojaava käsitys ja

asentoituminen sukupuolta kohtaan ei näytä vastaavan kovinkaan hyvin sukupuolen moninaisuuden piiriin sijoittuvien kokemuksia, mistä aiemmassa tutkimuksessa havaittu potilaiden strategisoinnin tarve voinee johtua (Johnson 2018). Jos lääkärit lähestyisivät sukupuolen moninaisuutta todellisena asiana, ei haluamisen diskurssin kautta, voisi tämä mahdollisesti parantaa sukupuolivähemmistöjen hyvinvointia tunnustuksen ja hoidon paremman saavutettavuuden myötä (DeVore et al 2018).

Kuten Repo (2019) toteaa, jotta sukupuolivähemmistöjä voidaan hallita, täytyy heidät määritellä ja rakentaa niin, että heidän hallintansa esiintyy perusteltuna. Nähdäkseni erityisesti riskien ja kykenemättömyyden diskurssit toimivat tällä tavoin - niiden kautta luodaan kuva potentiaalisesta harmista ja vajaavaisista potilaista, joiden luomaan haasteeseen lääkäreiden täytyy ammattietiikkansa nimissä vastata. Tällöin lääkärit asetetaan diskurssien valossa perustellusti vastuullisen päättäjän asemaan ja sukupuolivähemmistöt alisteisiksi lääkäreiden erityiselle tiedolle ja taidolle.

Rakentamani diskurssit havainnollistavat, kuinka medikalisoitunut aihe sukupuolen moninaisuus on. Vaikka ilmiönä sukupuoli on haastava lääketieteen näkökulmasta, ovat lääkärit kirjoituksissaan hyvin halukkaita pitämään keskustelun keskipisteen ja tavat itsellään. Esimerkiksi transyhteisöt ja kansalaisjärjestöt, jotka tahtoisivat ottaa osaa keskusteluun ja kehittää hoitoja omista lähtökohdistaan käsin, maalataan aineistossa lääketieteellistä tietoa tuntemattomiksi ja siten keskusteluun kykenemättömiksi. Lisäksi näiden toimijoiden nähdään osaltaan vaikuttavan sukupuolivähemmistöihin kuuluvien harhaisiin käsityksiin ja odotuksiin hoitojen suhteen, mikä käy ilmi kykenemättömyyden diskurssin rakentamisen yhteydessä.

Sukupuolivähemmistöjen edustajien järjestelmällinen näkeminen kykenemättömyyden diskurssin kautta merkitsee lääketieteen ammattilaisten korostunutta roolia ja sukupuoleltaan poikkeavina pidettyjen vähenevää päätösvaltaa omista asioistaan. Kuten Foucault (1980, 119) toteaa, valta on tuottavaa ja diskursseihin kietoutuva valta ei tuota pelkästään kohdettaan vaan myös puhujansa; puhuessaan sukupuolivähemmistöistä riskialttiina, haluavina ja mahdollisesti itsemääräämiseen kykenemättöminä potilaina lääkärit rakentavat myös kuvaa itsestään ammattilaisina, joilla on velvollisuus, vastuu ja erityiseen tietoon perustuva kyky arvioida ja tehdä päätöksiä potilaidensa hoidosta. Tämä asettaa sellaiset henkilöt, joille lääketieteellinen diagnoosi ja hoito ovat edellytyksiä esimerkiksi juridisen sukupuolen tunnustamiselle, hyvin hankalaan tilanteeseen. Transihmisten on huomattu käyttäytyvän ajoittain strategisesti lääketieteellisissä arviointitilanteissa saadakseen

tarvitsemiaan hoitoja (Johnson 2018; Dewey & Gesbeck 2018) Tällainen sopeutuminen lääketieteelliseen sukupuolen lähestymistapaan tekee näkyväksi sen, kuinka tärkeää lääketiede ja lääkärit ovat sukupuolivähemmistöille. Toisaalta ilmiön medikalisoituneen luonteen tiedostaminen voi tarjota myös mahdollisuuksia vastustaa tai uudelleenkäyttää lääketieteellistä lähestymistapaa (Johnson 2018; Repo 2019).

Aiemmassa tutkimuksessa on todettu lääkäreiden arvioivan transihmisten sukupuoli-identiteetin todenmukaisuutta ja potilaan kykeneväisyyttä arvioida ja päättää asioistaan hoitoa myönnettäessä tai sitä evätessä (Dewey & Gesbeck 2018). Nämä tavat toimia ovat yhdenmukaisia omien tuloksieni kanssa. Erityisesti kykeneväisyyden arvioinnin voi nähdä liittyvän sukupuolen moninaisuuden edustamaan uhkaan lääkärin ammatille - sukupuoli, jota ei voida arvioida ja mitata ulkopuolelta käsin luotettavasti, voi merkitä lääkärille vastuuta heikoin perustein annetuista hoidoista tai potilaan katumisesta (Dewey & Gesbeck 2018). Lääkäreille valta sukupuolivähemmistöjen hoidosta merkitsee samalla siis myös riskiä heidän omalle ammattietiikalleen. Tämän huomioiden riskien diskurssin yleisyys aineistossa esiintyy varsin luontevana seurauksena - sukupuolivähemmistöt kannattaa esittää tietyllä tapaa vaaroista käsin, että lääkärit osaavat olla varpaillaan heitä arvioidessaan ja hoitaessaan.

Nähdäkseni tutkimustulokseni kuvaavat hyvin hallinnan diskursseja ja tapoja luoda käsityksiä sukupuolivähemmistöistä, joita aineistoni lääkärit käyttävät kirjoittaessaan sukupuolivähemmistöjen hoidosta. On kuitenkin hyvä huomioida, että aineistoni on suhteellisen niukkaa ja se levittäytyy pitkälle, vuosikymmenen aikavälille, minkä lisäksi Lääkärilehden toimituksella on suhteellisen paljon vaikutusvaltaa siihen, mitä ja miten kirjoitettuja tekstejä lehdessä julkaistaan. Kenties aiheeseen liittyvissä tulevissa tutkimuksissa haastattelut voisivat tuottaa ajankohtaisempia ja syvällisempiä aineistoja, jotka edustaisivat laajemmin myös sellaisten lääkäreiden näkemyksiä, jotka eivät ole halukkaita osallistumaan julkiseen keskusteluun Lääkärilehden tarjoamalla alustalla. Olisi mielenkiintoista nähdä lisää tutkimusta lääkäreiden tavoista rakentaa sukupuolta ja sen vaikutuksista heidän toimintaansa, potilaisiinsa ja muuhun yhteiskuntaan laajemmin.

7. Lopuksi

Aineistosta nostamani riskien, haluamisen ja kykenemättömyyden diskurssit rakentavat sukupuolivähemmistöistä kuvaa itselleen ja lääkäreille riskaabeleina potilaina, jotka eivät voi olla kykeneväisiä päättämään omasta hoidostaan esimerkiksi ikänsä tai harhaisuutensa tähden, minkä lisäksi heidän pyrkimyksensä saada hoitoa esitetään lähtökohtaisesti *haluamisen*, ei tarvitsemisen, kautta. Hallinta elää tiiviisti näissä tavoissa nähdä sukupuolivähemmistöt. Diskurssien kautta päätösvaltaa siirretään sukupuolivähemmistöjen edustajilta itseltään lääkäreille, joilla nähdään olevan erityislaatuista tietoa ja kokemusta. Lääkäreiden taipumus käsittää sukupuoli ensisijaisesti normatiivisista, biologisista lähtökohdista käsin asettaa poikkeavina pidetyt sukupuolisuudet ja sen myötä myös yksilöt kyseenalaisiksi.

Aineistossani sukupuolivähemmistöistä rakennetaan siis aktiivisesti hallinnan kohteita ja samalla korostetaan lääketieteen roolia. Vaikka sukupuolen arviointi esiintyy lääketieteellisesti haastavana, tahtovat lääkärit lähtökohtaisesti aineistossa pitää vallan itsellään niin potilaiden sukupuolisuuden kuin sopivan hoidon arvioinnin suhteen. Koska lääkäreillä voidaan nähdä olevan merkittävästi valtaa yhteiskunnassamme, on tärkeää nostaa tällaiset hallinnan diskurssit näkyviksi. Normatiiviset tavat ymmärtää sukupuoli kaksijakoisena, biologiaan ankkuroituvana, voivat tarkoittaa hankaluuksia etenkin sellaisille henkilöille, joiden sukupuoli ei vastaa arvioivan lääkärin käsityksiä sukupuolesta. Tämä tuskin on eduksi sukupuolivähemmistöille, jotka muutenkin voivat kohdata yhteiskunnassamme väkivaltaa ja syrjintää. Odotankin tulevaa tutkimusta aiheeseen liittyen ja sen mahdollisia vaikutuksia esimerkiksi lääkäreiden koulutukseen ja hoitolinjoihin.

Sukupuolen moninaisuuden lisääntyneet representaatiot mediassa ja kansalaisjärjestöjen toiminta mahdollisesti uudistavat käsityksiämme sukupuolesta ja niitä yhteiskunnallisia hallinnan tapoja ja toimijoita, joita olen työssäni tarkastellut. Kenties tulevaisuudessa juridisen sukupuolen muuttaminen ei vaadi lääketieteellistä diagnoosia ja arviota yksilön sukupuolesta, vaan yksilö saa itse vapaasti määritellä ja ilmoittaa laillisen sukupuolensa. On myös mahdollista, että juridinen kolmas sukupuoli voidaan tunnustaa laajemmin tulevaisuudessa. Nämä molemmat merkitsisivät yksilölle enemmän vapautta olla ja tulla tunnustetuksi, mutta ne myös vaatisivat samalla lääketieteen roolin pienenemistä sukupuolen määrittelyssä. Jääkin nähtäväksi, olemmeko valmiita huomioimaan paremmin

ihmisen oma sukupuolen jäsentely ruumiiseen kytkeytyvien lääketieteellisten arvioiden sijasta.

Lähdeluettelo

Aho, Timo. 2009. *Lihavuuden biopoliittinen haltuunotto : Suomen lääkärilehden tekstit lihavuudesta vuosilta 1995-2008 medikalisoituneessa kulttuurissa*. Noudettu osoitteesta <http://urn.fi/URN:NBN:fi:jyu-201006092024>

Alanko, Katarina. 2014. *Mitä kuuluu sateenkaarinuorille Suomessa?* Nuorisotutkimusverkosto/Nuorisotutkimusseura verkkojulkaisu 72. Noudettu osoitteesta <https://www.nuorisotutkimusseura.fi/images/julkaisuja/sateenkaarinuori.pdf>

Alasuutari, Pertti & Ali Qadir. 2014. "Epistemic governance: an approach to the politics of policy-making" *European Journal of Cultural and Political Sociology* 1:1, 67-84, DOI: 10.1080/23254823.2014.887986

Alasuutari, Pertti & Ali Qadir. 2016. "Imageries of the social world in epistemic governance." *International sociology* 31:6, 633-652

Arvot ja tehtävät. (n.d.) Noudettu 10.9.2020 osoitteesta <https://www.laakariliitto.fi/laakariliitto/arvot/>

Conrad, Peter. 1992. "Medicalization and social control." *Annual Review of Sociology* 18:1, 209–232. doi:10.1146/annurev.so.18.080192.001233

Daum, Courtenay W. 2015. "The war on solicitation and intersectional subjection: quality-of-life policing as a tool to control transgender populations." *New Political Science* 37:4, 562–581, DOI: [10.1080/07393148.2015.1089030](https://doi.org/10.1080/07393148.2015.1089030)

DeVore, Elliot, Kirsten A. Gonzalez, Patrick R. Grzanka, Lex Pulice-Farrow & David Tierney. 2018. "The Biopolitics of Passing and the Possibility of Radically Inclusive Transgender Health Care." *The American Journal of Bioethics* 18:12, 17–19, DOI: [10.1080/15265161.2018.1531167](https://doi.org/10.1080/15265161.2018.1531167)

Dewey, Jodie & Melissa Gesbeck. 2015. "(Dys) Functional Diagnosing: Mental Health Diagnosis, Medicalization, and the Making of Transgender Patients." *Humanity & Society* 41:1, 37–72, DOI: 10.1177/0160597615604651.

Dickens, B.M. & R. J. Cook. 2005. "Adolescents and consent to treatment." *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 89:2, 179–184

Drid, Touria. 2010. "DISCOURSE ANALYSIS: KEY CONCEPTS AND PERSPECTIVES." *Alathar journal* 9, 20–25.

Fiani, Chassitty N. & Heather J. Han. 2019. "Navigating identity: Experiences of binary and non-binary transgender and gender non-conforming (TGNC) adults." *International Journal of Transgenderism* 20:2–3, 181-194, DOI: [10.1080/15532739.2018.1426074](https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1426074)

Foucault, Michel. & Simo Määttä. 2013. *Klinikan synty*. Tampere: Niin & näin.

Foucault, Michel & Colin Gordon. 1980. *Power / knowledge*. New York: Harvester Wheatsheaf.

Foucault, Michel & Kaisa Sivenius. 2010. *Seksuaalisuuden historia (2. uud. laitos ed.)*. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.

Fox, Nick J. & Katie J Ward. 2008. "What governs governance, and how does it evolve? The sociology of governance-in-action." *The British Journal of Sociology* 59:3, 519–538

Galupo, M.P., Lex Pulice-Farrow & Johanna L. Ramirez. 2017. "“Like a Constantly Flowing River”: Gender Identity Flexibility Among Nonbinary Transgender Individuals." Teoksessa *Identity Flexibility During Adulthood*. Toim. Jan D. Sinnott. New York City: Springer International Publishing, 163–177

Haas, Peter M. 1992. "Introduction: Epistemic Communities and International Policy Coordination." *International Organization*, 46(1), 1–35

Hancock, Black Hawk. 2018. "Michel Foucault and the Problematics of Power: Theorizing DTCA and Medicalized Subjectivity." *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine* 43:4, 439–468, <https://doi.org/10.1093/jmp/jhy010>

Intersukupuolisuus (n.d.) Noudettu 1.10.2020 osoitteesta <https://seta.fi/sateenkaaritieto/sukupuolen-moninaisuus/intersukupuolisuus/>

Johnson, Aaron H. 2018. "Rejecting, reframing, and reintroducing: trans people's strategic engagement with the medicalisation of gender dysphoria." *Sociology of Health & Illness* 41:3 517–532. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12829>

Karkazis, Katrina. 2008. *Fixing Sex: Intersex, Medical Authority, and Lived Experience*. Durham: Duke University Press

Käsitteitä (n.d.) Noudettu 1.11.2020 osoitteesta <http://trasek.fi/perustietoa/kasitteita/>

Kirjoitusohjeet. (2020) Noudettu 10.9.2020 osoitteesta <https://www.laakarilehti.fi/kirjoitusohjeet/>

Krieger, Nancy & Elizabeth Fee. 1994. "Man-Made Medicine and Women's Health: The Biopolitics of Sex/Gender and Race/Ethnicity." *International Journal of Health Services* 24:2, 265–283

Lazzarato, Maurizio. 2002. "From Biopower to Biopolitics." *Pli* 13, 99–113.

Lääkärilehti. (n.d.) Noudettu 10.9.2020 osoitteesta
<https://www.laakariliitto.fi/palvelut/jasentuotteet/laakarilehti/>

Lääkäriliitto. (n.d.) Noudettu 10.9.2020 osoitteesta
<https://www.laakariliitto.fi/laakariliitto/>

Laki transseksuaalin sukupuolen vahvistamisesta 2002/563 §1. Annettu Helsingissä 28.6.2002.

Lilja, Mona & Stellan Vinthagen. 2014. "Sovereign power, disciplinary power and biopower: resisting what power with what resistance?" *Journal of Political Power* 7:1, 107–126, DOI: 10.1080/2158379X.2014.889403

Lindh, Jari & Carita Lappi. 2018. "Hallinnan rationaliteetit sosiaalisessa kuntoutuksessa." *Kuntoutus* 41:4, 20–33.

Mäntynen, Anne & Sari Pietikäinen. 2019. *Uusi kurssi kohti diskurssia*. Tampere: Vastapaino.

Miller, Peter, Nikolas Rose & Risto Suikkanen. 2010. *Miten meitä hallitaan*. Tampere: Vastapaino.

Minter JD, Shannon P. & Mara Keisling. 2010. "The Role of Medical and Psychological Discourse in Legal and Policy Advocacy for Transgender Persons in the United States." *Journal of Gay & Lesbian Mental Health* 14:2, 145–154, DOI: [10.1080/19359701003626801](https://doi.org/10.1080/19359701003626801)

Motmans, Joz, Timo O. Nieder & Walter Pierre Bouman. 2019. "Transforming the paradigm of nonbinary transgender health: A field in transition." *International Journal of Transgenderism* 20:2-3, 119–125, DOI: 10.1080/15532739.2019.1640514

Oikarinen, Tikli. 2019. "Ei tietoa eikä vaihtoehtoja; Selvitys intersukupuolisten ihmisten oikeuksista ja kokemuksista." *Oikeusministeriön julkaisuja, Selvityksiä ja ohjeita* 2019:3

Pulice-Farrow, Lex, Zakary Clements & M. Paz Galupo. 2017. "Patterns of transgender microaggressions in friendship: the role of gender identity." *Psychology & Sexuality* 8:3, 189–207. 10.1080/19419899.2017.1343745.

Pyne, Jake. (2014). "The Governance of Gender Non-Conforming Children: A Dangerous Enclosure." *Annual Review of Critical Psychology* 11, 79–96

Reisner, Sari L. & Jaclyn M. W. Hughto. 2019. "Comparing the health of non-binary and binary transgender adults in a statewide non-probability sample." *PLoS ONE* 14:8 e0221583. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221583>

Repo, Jemima. 2013. "The Biopolitical Birth of Gender: Social Control, Hermaphroditism, and the New Sexual Apparatus." *Alternatives: Global, Local, Political* 38:3, 228–244.

Repo, Jemina. 2019. "Governing juridical sex: Gender recognition and the biopolitics of trans sterilization in Finland." *Politics & Gender* 15:1, 83–106.
doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.jyu.fi/10.1017/S1743923X1800034X>

Rose, Nikolas. 1996. "The death of the social? Re-figuring the territory of government." *Economy and Society* 25:3, 327–356, DOI: 10.1080/03085149600000018

Rotkirch, Anna, Kristiina Tammissalo, Anneli Miettinen & Venla Berg. 2017. "Miksi vanhemmuutta lykätään? Nuorten aikuisten näkemyksiä lastensaannista." *Perhebarometri*. Helsinki: Väestöliitto

Salas-Humara, Caroline, Gina M. Sequeira, Wilma Rossi & Cherie Priya Dhar. 2019. "Gender affirming medical care of transgender youth." *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 49:9, 1–21

Sanger, Tam. 2008. "Trans governmentality: the production and regulation of gendered subjectivities." *Journal of Gender Studies* 17:1, 41–53.
doi:10.1080/09589230701838396)

Smith, Cedric M. 2013. "Origin and Uses of *Primum Non Nocere*—Above All, Do No Harm!" *American College of Clinical Pharmacology*, 45:4, 371–377

Smith, Lance C, Richard Q. Shin & Lindsay M. Officer. 2011. "Moving Counseling Forward on LGB and Transgender Issues: Speaking Queerly on Discourses and Microaggressions". *The Counseling Psychologist* 40:3, 358–408

Sukupuolen moninaisuus. (n.d.) Noudettu 1.11.2020 osoitteesta
<https://seta.fi/sateenkaaritieto/sukupuolen-moninaisuus/>

Tasa-arvosanasto (2020) Noudettu 17.9.2020 osoitteesta
<https://thl.fi/fi/web/sukupuolten-tasa-arvo/sukupuoli/tasa-arvosanasto>

Terveyspoliittinen vaikuttaminen. (n.d.) Noudettu 10.9.2020 osoitteesta
<https://www.laakariliitto.fi/laakariliitto/terveyspoliittinen-vaikuttaminen/>

Tuomainen, Raimo, Ollipekka Rynänen, Markku Myllykangas & Jyrki Elo. 1999. *Medikalisaatio: Aikamme sairaus*. Tampere: Vastapaino.

Villa, Susanna. 2018. *Sukupuolen oikeudellinen vahvistaminen - tilanne suomessa ja lainsäädännön kehityslinjoja Euroopassa*. Helsinki: Ihmisoikeuskeskus.

World Health Organization. 1993. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders*. World Health Organization.

World Health Organization. 2018. *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision)*. World Health Organization.

Yhteydet. (n.d.) Noudettu 10.9.2020 osoitteesta <https://www.laakarilehti.fi/yhteydet/>

Liitteet

Liite 1 - Tutkimusaineisto

Suurin osa aineiston kirjoituksista vaatii finnet-tunnukset. Etsimällä Lääkärilehden yliopiston kirjaston sivujen kautta pääsee käsiksi kaikkiin näihin teksteihin.

Alaikäisten transtutkimus puhuttaa. Ajankohtaista. 15/2011

Alaikäisten transtutkimukset jakavat mielipiteitä. Näkökulma. 26-31/2011

ETENE: Intersukupuolinen lapsi saa itse määritellä sukupuolensa. Ajankohtaista. 5.4.2016

Miksi transnuori saa blokkerihoitoa niin myöhään? Ajankohtaista. 37/2017

Translaki junnaa paikoillaan. Ajankohtaista. 47/2017

Peruuttamattomien ratkaisujen äärellä. Kommentti. 22.8.2018

Miksi muunsukupuoliset eivät saa hoitoa? Ajankohtaista. 23.8.2018

Sukupuolidysforian hoitoon on kansainvälinen suositus. Keskustelua. 34/2019

Transsukupuolisuuteen ei liity lisääntyntä rintasyövän vaaraa. Lääketieteen maailmasta. 34/2019

Mielenterveystalosta apua sukupuolidysforian kohtaamiseen. Työssä. 6/2020

Lääkäreitä ei viedä kuin pässiä narussa. Kommentti. 24.2.2020

Pitkä prosessi. Ajankohtaista. 34/2020

Hetero-oletus näkyy vastaanotolla. Ajankohtaista. 36/2020