

23.11.2022

Julkinen

Asia: HE 189/2022 vp Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sukupuolen vahvistamisesta ja siihen liittyviksi laeiksi

LAUSUNTO

Eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunta on pyytänyt asiantuntijalausuntoa hallituksen esityksestä laiksi sukupuolen vahvistamisesta ja siihen liittyviksi laeiksi. Lausun Tampereen yliopistollisen sairaalan aikuisten TRANS-poliklinikan ylilääkärin ominaisuudessa kohteliaimmin seuraavaa.

Olen ollut tekemisissä sukupuoli-identiteettitutkimusten kanssa syksystä 2002 lähtien, jolloin kävi ilmeiseksi, että nykyinen translaki oli tulossa voimaan 1.1.2003. Olen muutamaa vuotta lukuun ottamatta ollut Tampereen yliopistollisen sairaalan TRANS-poliklinikan toiminnasta vastaava psykiatrian erikoislääkäri ja/tai hallinnollinen esimies. Olen henkilökohtaisesti tutkinut satoja transsukupuolisia, tehnyt aiheeseen liittyvää tutkimusta, kirjoittanut sekä artikkeleita että oppikirjan lukuja, ja ollut edellisen translakityöryhmän pysyvä asiantuntijajäsen.

Nykyisessä laissa transseksuaalin vahvistamisesta (563/2002) on useita ongelmia, jotka nyt käsittelyssä oleva lakiehdotus korjaisi. Keskityn tässä lausunnossa muutamaa seikkaan, jotka ovat olleet arvioita tekeville psykiatrian erikoislääkäreille käytännössä hankalia.

Nykyisessä translaissa edellytetään, että ”henkilö esittää lääketieteellisen selvityksen 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*”.

Pysyvä kokemus

Lääketieteellisesti on hyvin vaikea lausua kenenkään subjektiivisen kokemuksen olevan pysyvä. ICD-10-tautiluokituksen mukainen transsukupuolisuusdiagnoosi (F64.0) edellyttää, että ”transseksuaalisen identiteetin kokemus on kestänyt vähintään kaksi vuotta”. Tämä on ainoa aikakriteeri, joka otetaan lääketieteellisessä arviossa huomioon, ja tässäkin on kyseessä ainoastaan tutkittavan henkilön oma kertomus. Ei ole olemassa mitään objektiivista lääketieteellistä menetelmää sen selvittämiseksi, kuinka kauan henkilön kokemus todellisuudessa on kestänyt tai tulee kestämään.

Mitä tulee diagnooseihin, Suomeen on myöhemmin tulossa käyttöön ICD-11-tautiluokitus, jossa nuorisoiäisten ja aikuisten diagnoosissa (HA60 Gender incongruence of adolescence or adulthood) ei mainita enää mitään aikakritee-

riä henkilön kokemuksen kestolle. Erityisesti kansainvälisessä tutkimuskäytössä olevan DSM-5-luokituksen mukainen sukupuoli-ahdistus-diagnoosi edellyttää ”vähintään kuusi kuukautta kestävästä merkittävää ristiriitaa koetun/ilmaistun sukupuolen ja syntymässä määritetyn sukupuolen välillä”. Missään tässä mainituista kolmesta *lääketieteellisiä hoitoja ohjaavasta* diagnoosista ei edellytetä pysyvää kokemusta.

Lääketieteellisestä näkökulmasta olisi riittävää, että henkilö itse esittäisi Digi- ja väestötietovirastolle selvityksen siitä, että ”pysyvästi kokee kuuluvansa vahvistettavaan sukupuoleen”. Samalla vähenisi tarve nk. second opinion -lausunnoille, jotka transasetuksen mukaisesti annetaan toisesta yksiköstä; ts. HUS:issa primäärästi tutkituille lausunto annetaan Taysista ja Taysissa tutkituille HUS:ista. Käytännössä kaikki toiseen yksikköön lausuntoa varten lähetetyistä saa lausunnon, joten kyse on ainakin aikuisten transpoliklinikoilla pelkästä muodollisuudesta.

Vastakkaisen sukupuolen mukaisessa sukupuoliroolissa eläminen

”Vastakkaisen sukupuolen roolissa elämisestä” ei ole lääketieteellistä määritelmää. Sukupuoliroolissa on kyse sosiaalisesta konstruktista, joka on ympäröivästä kulttuurista riippuvainen ja muuttuu ajan saatossa. Ei ole myöskään lääketieteellisiä menetelmiä sukupuoliroolin mittaamiseksi. Joitakin kyselymitareita (mm. Bem Sex Role Inventory) on pyritty kehittämään feminiinisten ja maskuliinisten psykologisten piirteiden selvittämiseen, mutta niillä ei ole käytännön merkitystä varsinaisen sukupuoliroolin määrittelyssä. Tutkittavan henkilön ammatin, perheroolin, harrastusten, vaatetuksen, käytöksen, hiusten pituuden tai vastaavien seikkojen luokittelu miehiseksi tai naiselliseksi perustuisi puhtaasti psykiatrian erikoislääkärin subjektiivisen näkemykseen sukupuoli-rooleista, jos niihin vedottaisiin.

Jotta tutkittaville voidaan antaa edes jonkinlaiseen konkretiaan perustuvia nykyisen translain edellyttämiä lausuntoja, on jouduttu kiinnittämään erityistä huomiota siihen, ovatko he vaihtaneet itselleen oikeaksi kokemansa sukupuolen etunimet tai ilmoittavatko he esimerkiksi käyttävänsä kyseisen sukupuolen mukaisia yleisiä käymälöitä. Etunimien muuttamista kesken tutkimusjakson on perusteltu maistraateille tutkittavien sukupuoliristiriidalla. Tämä käytäntö alkoi vakiintua vasta jonkin aikaa nykyisen translain voimaantulon jälkeen, kun maistraatit vähitellen alkoivat hyväksyä etunimien muuttamisen ennen sukupuolen vahvistamista. Ainoa todistettavissa oleva ”vastakkaisen sukupuolen sukupuoliroolissa” elämisestä kertova tosiasia on siis etunimi, jos se on perinteinen miehen tai naisen nimi eikä nykyään yhä yleisemmäksi käynyt sukupuolineutraali nimi. Psykiatrian erikoislääkärin ei ole mahdollista todentaa yleisten käymälöiden tai pukuhuoneiden käyttöä, vaan niidenkin osalta nojautaan puhtaasti tutkittavan kertomukseen.

On tervetullut muutos, että uudessa lakiehdotuksessa ei enää edellytetä lääkärin lausuntoa siitä, että henkilö elää vastakkaisen sukupuolen mukaisessa sukupuoliroolissa, koska tässä roolissa elämisen todentaminen ei ole lääketieteellisesti mahdollista. Lisäksi sanamuodon muutos ”vastakkaisesta sukupuolesta” ”toiseksi sukupuoleksi” vastaa paremmin nykyistä käsitystä sukupuolikokemusten variaatioista sekä kansainvälisiä diagnoosiluokituksia.

Vaatimus lisääntymiskyvyttömyydestä

Vaatimus lisääntymiskyvyttömyydestä on koko nykyisen lain voimassaoloajan ollut eettisesti vaikea kohta lääkäreille. Edes nykyisen translain esitöihin tutustumalla tämän vaatimuksen välttämättömyys ei ole selvinnyt. Koska lääkärit eivät itsekään ole ymmärtäneet tätä lain vaatimusta, asian lääketieteellinen perustelu tutkittaville on ollut mahdotonta.

Huolimatta nykyään voimassa olevasta steriloislaista, käytännössä hyvin harva tutkituista on hakeutunut sterilisaatiotoimenpiteeseen lisääntymiskyvyttömyyden saavuttaakseen. Koska nykyisessä translaissa ei edellytetä pysyvää lisääntymiskyvyttömyyttä, alkoivat maistraatit tässäkin asiassa vähitellen hyväksyä transpoliklinikoiden lääkäreiden lausunnot, joissa tutkittavien todettiin olevan säännöllisesti käyttämänsä hormonihoitoa vuoksi lisääntymiskyvyttömiä. Hormonihoitoa aiheuttama, periaatteessa vaikkakaan ei aina käytännössä palautuva, lisääntymiskyvyttömyys edellyttää jossain määrin vaihtelevien arvioiden mukaan puolesta vuodesta vuoteen kestävää säännöllistä hormonien käyttöä. Oli kyseessä sitten pienkirurgisella toimenpiteellä tai hormonihoitolla aiheutettu lisääntymiskyvyttömyys, kyseessä on joka tapauksessa hallinnollisen toimenpiteen (sukupuolen vahvistaminen) edellyttämä ihmisen ruumiillisen koskemattomuuteen kajoaminen, jolle ei ole lääketieteellisiä perusteita.

Se, ettei uuteen lakiehdotukseen ole sisällytetty vaatimusta lisääntymiskyvyttömyydestä, on tervetullut ja ainoa eettisesti mahdollinen ratkaisu.

Muuta aiheeseen liittyvää

Hallituksen esityksessä ehdotetaan, että jatkossa ei sukupuoli-identiteetin tutkimuksesta ja hoidosta tarvittaisi nykyistä transasetusta vastaavaa sääntelyä, vaan siitä säädettäisiin erikoissairaanhoidon keskittämisesetuksessa. Kun nykyinen translaki ja asetus säädettiin, arveltiin maassa olevan 300 transsukupuolista. Silloin arvioitiin, että yksikin tutkimusyksikkö riittäisi, mutta transasetuksella päädyttiin säätämään kahdesta yksiköstä. Kuluneiden 20 vuoden aikana edellä mainittu arvio tutkittavien määrästä on osoittautunut erittäin vahvasti aliarvioduksi. Tutkittavien määrä on noin 20-kertaistunut asetuksen alkuvuosista, mutta kahden asetuksen mukaisen tutkimusyksikön resurssit eivät ole lisääntyneet vastaavasti. Ainakin aikuisten transpoliklinikoille on muodostunut pitkiä sisäisiä jonoja ja tutkimusjaksot ovat pitkittyneet suhteettomasti.

Koko maan kannalta Helsingissä ja Tampereella sijaitsevat yksiköt eivät sijaitse maantieteellisesti optimaalisesti. Erilaisten digitaalisten palveluiden lisääntymisestä huolimatta kaukana näistä yksiköistä asuvat ovat eriarvoisessa asemassa. Jos yksiköitä olisi jokaisessa viidessä yliopistollisessa sairaalassa, maantieteellinen epätasa-arvo lievittyisi. Sukupuoli-identiteetin tutkiminen ei ole niin vaativaa, etteikö muissakin maan yliopistollisissa sairaaloissa olisi edellytyksiä tutkimusvalmiuksien hankkimiseen. HUS on jo kouluttanut muita toimijoita ja tutkittavien vähenemisen myötä myös Taysilla olisi siihen jatkossa mahdollisuus. Lähempänä tutkittavien omia hyvinvointialueita sijaitsevilla tutkimusyksiköillä olisi myös paremmat, paikalliseen tietämykseen pohjautuvat

mahdollisuudet ohjata tutkittavia saamaan tarvitsemiaan hoitoja omien asuin-alueittensa mukaisten palveluiden piiristä. Sukupuolen korjaushoitoihin voi liittyä mm. psykososiaalisen tuen tarvetta, erilaisia somaattisia jälkihoitotarpeita, verkoston huomioimista ynnä muita palvelutarpeita, joiden järjestäminen olisi helpompaa lähempänä tutkittavien omaa elämänpiiriä.

Erityistä transasetusta ei myöskään Taysin TRANS-poliklinikan näkökulmasta enää tarvittaisi, mutta keskittämisasetuksella olisi hyvä lisätä tutkimusyksiköitä HUS:in ja Taysin lisäksi.

Lopuksi

Hallituksen esitys uudeksi translaiksi on lääketieteellisestä näkökulmasta siis sangen kannatettava. Nykyisen lain lääketieteellisesti jokseenkin vaikeasti täytettävät tai eettisesti vaikeasti hyväksyttävät edellytykset (pysyvä kokemus vastakkaiseen sukupuoleen kuulumisesta, vastakkaisen sukupuolen sukupuoliroolissa eläminen ja lisääntymiskyvyttömyys) poistettaisiin. Jos sukupuolen oikeudellinen vahvistaminen erotettaisiin lääketieteellisistä tutkimuksista ja hoidoista, lääketieteellisen tutkimusjakson painopiste siirtyisi puhtaasti potilaiden hoidontarpeen arvioimiseen. Hallinnollisesti vahvistettu sukupuoli ei sellaisenaan kuitenkaan olisi edellytys ruumiillisiin hoitotoimenpiteisiin; potilaiden valmius ja tarve niihin olisi edelleen terveydenhuollossa selvitettävä.

Transasetusta ei hoitojen ohjaamiseen enää tarvittaisi, mutta potilaiden yhdenvertaisuuden ja nykyisten tutkimusyksiköiden ylikuormittumisen kannalta useamman kuin kahden tutkimusyksikön perustaminen, ainakin aikuisia varten, olisi keskittämisasetuksella tarpeen.

Tampereella 23.11.2022

Kunnioittavasti



Aino Mattila

LT, dosentti, psykiatrian erikoislääkäri
ylilääkäri (mm. TRANS-poliklinikka)
vastuualuejohtaja
Mielialahäiriöiden vastuualue
Tampereen yliopistollinen sairaala