

Nico Vehmas, Elina Holopainen, Hanna Savolainen-Peltonen, Liisa Salmela,
Kaisa Puro, Maija Kerkola ja Elina Santti

Kun koettu ja syntymässä määritetty sukupuoli eivät kohtaa

Nuoren sukupuoli-identiteetin tutkimukset ja hoito

Sukupuoli-identiteetti on elämänlaatua merkittävästi heikentävä ja psyykkiseen ja fyysiseen sairastavuuteen vaikuttava ahdinkotila, jota voidaan selvittää sukupuoli-identiteetin tutkimuspoliklinikassa. Nuorilla tutkimusjakso on perusteellinen ja moniammatillinen nuorisopsykiatrin arviointiprosessi, johon osallistuvat alaikäisen nuoren lisäksi hänen huoltajansa. Alaikäisten tulisi saada pohtia sukupuoli-identiteettiään rauhassa ja tarvittaessa psykososiaalisen tuen piirissä. Mahdollisiin muihin psyykkisen hyvinvoinnin ongelmiin pitäisi olla saatavilla hoitoa omalla kotipaikkakunnalla jo ennen sukupuoli-identiteetin tutkimuksiin hakeutumista.

Sukupuoli-identiteetillä (gender dysphoria) tarkoitetaan ahdinkotilaa, joka aiheutuu, kun henkilön oma sukupuoli-identiteetti (affirmed gender) poikkeaa syntymässä määritetystä sukupuolesta (assigned sex) (1). Sukupuoli-identiteetti heikentää elämänlaatua ja altistaa vähemmistöstressille. Lisäksi se on liitetty lisääntyneeseen masennuksen ja ahdistuneisuuden riskiin (2,3). Sukupuoli-identiteetistä kärsivillä nuorilla kiusaamisen ja seksuaalisen ahdistelun kohteeksi joutuminen sekä itsetuhoisuus ovat yleisempiä kuin ikätovereilla (3,4).

Sukupuoli-identiteetin diagnostiikka ja hoito perustuvat nuorisopsykiatrian ja nuorisogynäkologian yksiköiden yhteistyönä toteuttamaan sukupuoli-identiteetin tutkimusjaksoon. Sukupuoli-identiteetin tutkimuksiin hakeutuvien ja sukupuoli-identiteetin hoitoon päätyvien nuorten määrä on 2000-luvun aikana kasvanut nopeasti Suomessa ja muissa länsimaissa (5). Tarkkaa syytä ilmiölle ei tiedetä.

Sukupuoli-identiteetin hoitopolku alkaa perusterveydenhuollosta

Perusterveydenhuollon tehtävänä on kohdata sukupuoli-identiteetistä kärsivä nuori yhden-

vertaisesti ja sensitiivisesti, tarjota tukea identiteetin pohditteluun ja hoitaa nuoren mahdollisia mielenterveyden ongelmia. Niukat resurssit tekevät tästä tehtävästä vaikean. Perusterveydenhuollon lääkärille nuoren sukupuoli-identiteetin tunnistaminen ja sukupuoli-identiteetin kanssa painiskelevan nuoren kanssa työskenteleminen eivät ole helppoja tehtäviä.

Nuorten sukupuoli-identiteetin hoito suunnitellaan harkiten, yksilöllisesti ja nuoren toiveet huomioiden. Alaikäisillä sukupuoli-identiteetin hormonihoidon edellytyksiä ovat vakaa transsukupuolinen identiteetti ja riittävät valmiudet hormonihoidon aloittamiseen. Hormonihoidon toteutuksesta ja seurannasta vastaavat nuorisogynäkologit. Onnistuessaan sukupuoli-identiteetin hoito saattaa kohentaa elämänlaatua ja tukea kasvavan nuoren kehitystä ja aikuistumista.

Sukupuoli-identiteetin vuoksi hoitoon hakeutuminen

Pohjoisamerikkalaisten ja eurooppalaisten kyselytutkimusten perusteella nuorista 2,5–8,4 % kokee sukupuoli-identiteetinsä poikkeavan syntymässä määritetystä ja 1,2–2,7 % ilmoittaa

olevansa transsukupuolisia (6). Suomessa Kouluterveyskyselyn tulosten perusteella nuorista noin kolme prosenttia ilmoittaa sukupuoli-identiteettinsä olevan jokin muu kuin syntymässä määritetty sukupuoli (7,8). Sukupuoliahdistusta eivät kuitenkaan koe kaikki, joilla sukupuoli-identiteetti ei vastaa syntymässä määritettyä sukupuolta.

Sukupuoliahdistusta voivat transsukupuolisten henkilöiden lisäksi kokea esimerkiksi muunsukupuoliset henkilöt. Koska nuorilla sukupuoliahdistuksen hormonihoito edellyttää transsukupuolista identiteettiä, viitataan tässä katsauksessa sukupuoliahdistuksella nimenomaan transsukupuolisten nuorten kokemaan ahdinkotilaan.

Alaikäinen nuori voi hakeutua sukupuoli-identiteetin epävarmuuden tai sukupuoliahdistuksen vuoksi hoitoon esimerkiksi oman terveyskeskuksensa tai lääkäriaseman lääkärivastaanotolle. Varsinaisena tulossyynä ei välttämättä ole itse sukupuoliahdistus, vaan nuori saattaa mainita hoitoon hakeutumisen syyksi masennuksen, ahdistuksen tai esimerkiksi kuu-kautisvaivat ja tuoda ajatuksen sukupuoliahdistuksesta esille vasta kokiessaan hoitosuhteen luottamukselliseksi. Valtavirrasta poikkeavaan sukupuoli-identiteettiin liittyy yhteiskunnassamme voimakas stigma, ja sensitiivisyys erityisesti nuoria vastaanotolla kohdatessa on aina oleellista. Tämä voi näkyä vastaanotolla esimerkiksi siten, että lääkäri tai muu ammattilainen ei automaattisesti oleta potilaan sukupuolta tai seksuaalista suuntautumista.

Tuoreen Palveluvalikoimaneuvoston suosituksen mukaan alaikäisten sukupuoliahdistuksen hoidon tulisi alkaa psykososiaalisella tuella koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa ja perusterveydenhuollossa (9). Moni sukupuoliahdistusta kokeva nuori kärsii samanaikaisesti masennuksesta, ahdistuksesta, muista mielenterveyden häiriöistä tai neuropsykiatrisista ongelmista tai elää haastavassa elämäntilanteessa ilman riittävää sosiaalista tukea. Näiden hoito tulisi järjestää nuoren oman alueen palveluissa. Jos psyykinen vointi on riittävän vakaa ja sukupuoliahdistuksen oireet eivät lieviy nuoren saadessa reflektoida identiteettiään, nuori voidaan lähettää sukupuoli-identiteetin tutkimusyksikköön.

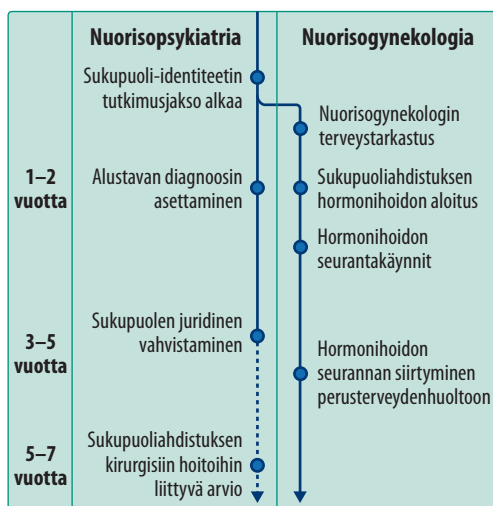
Suomessa alaikäiset nuoret ovat voineet päästä sukupuoli-identiteetin tutkimuksiin vuodesta 2011 alkaen. Maassamme tutkimuksiin hakeutuu noin seitsemän kertaa enemmän syntymässään tytöksi määritettyjä kuin syntymässään pojaksi määritettyjä nuoria, mikä on esimerkiksi muihin Pohjoismaihin verrattuna ylivoimaisesti eniten (5). Selitystä tälle ei tiedä.

Sukupuoli-identiteetin tutkimusjakso

Alaikäisten sukupuoli-identiteetin tutkimukset on Suomessa keskitetty HUS:n (Helsingin yliopistollinen sairaala) ja Taysin (Tampereen yliopistollinen sairaala) nuorten sukupuoli-identiteetin tutkimusyksiköihin. Nuorten sukupuoli-identiteetin tutkimusjakso on perusteellinen ja pohjautuu niin sanottuun Hollannin malliin (10,11). Tutkimusjakson edellytyksiä ovat nuoren riittävä toimintakyky, ikätasoinen nuoruusiän kehitys ja riittävän vakaa psyykinen vointi. Nuorella on oltava riittävän vakaa sukupuoli-identiteetti ja persoonallisuuden kehitys, ja nuoren on pystyttävä keskustelemaan sukupuoli-identiteettiin liittyvästä ahdistuksesta. Alaikäisen nuoren huoltajan tai huoltajien tulee osallistua tutkimusjaksoon.

Sukupuoli-identiteetin tutkimus alaikäisillä on moniammatillista arviointityötä. Tutkimusjakso muodostuu nuoren yksilötapaamisista, vanhempien tai huoltajien tapaamisista, perhetapaamisista, psykologin tutkimuksesta sekä somaattisesta tutkimuksesta. Psykologin tutkimuksella kartoitetaan nuoren tunne-elämän ja identiteetin kehitystä sekä nuoren ikätasoista kypsyyttä, psyykkistä hyvinvointia ja psyykkisen oireilun riskiä, todellisuudentajua ja psykososiaalisen tuen määrää ja tarvetta. Alaikäisten tutkimusprosessin oleellinen osa on tutkimusten ja hoitojen oikea-aikaisuuden jatkuva arviointi.

Sukupuoli-identiteetin vakauden arvioiminen ja irrottaminen muusta nuoren identiteettikehityksestä on vaativaa, ja sukupuoli-identiteettiä tutkittaessa kliinisen päätöksenteon tueksi on saatavissa vain niukasti tutkimustietoa. Tutkimuksiin hakeutuvien nuorten samanaikai-



KUVA. Transsukupuolisen nuoren sukupuoliahdistuksen tyypillinen hoitopolku HUS:ssa. Arviointi ja hoito tehdään nuorisopsykiatrian ja -gynekologian yhteistyönä. Kuvassa esitettyyn hoitopolkuun sisältyy sukupuoli-identiteetin tutkimusjakson lisäksi sukupuoliahdistuksen hormonihoito ja sukupuoliahdistuksen kirurgisiin hoitoihin liittyvä arvio. Hoitopolun pituus voi vaihdella merkittävästi esimerkiksi psyykkisen voimien muutosten, heikon hoitomyöntyvyyden tai komplikaatioiden vuoksi.

set muut psykiatriset ja neuropsykiatriset ongelmat sekä nuoruusiän kehitystehtävien vaikeudet tuovat mukanaan paljon haasteita (12,13).

Tutkimusjakson ensimmäisessä vaiheessa kertyneen tiedon perusteella päätetään, voidaanko nuorelle asettaa alustava transsukupuolisuuden diagnoosi ja voiko nuori edetä sukupuoliahdistuksen hoidon somaattiseen arvioon (**KUVA**). Mikäli näin toimitaan, nuori lähetetään syntymässä määritetystä sukupuolesta riippumatta somaattiseen terveystarkastukseen saman yliopistosairaalan nuorisogynekologian poliklinikkaan.

Nuorisogynekologi vastaa sekä HUS:ssa että Taysissa nuoren fyysisen murrosiän kehitysvaiheen määrittämisestä ja nuoren somaattisen terveydentilan tutkimisesta, tarvittaessa yhteistyössä lastenendokrinologin kanssa. Terveystarkastuksen perusteella arvioidaan, onko nuorella somaattisia esteitä sukupuoliahdistuksen hormonihoitoon aloittamiselle. Tärkeä osa käyntiä on antaa selkeää tietoa ja keskustella nuoren kanssa hormonihoidoilla saavutettavista vaikutuksista ja niiden aikatauluista, hoitoon

liittyvistä haitoista ja riskeistä, hormonihoitoon seurannasta ja hoidon vaikutuksesta hedelmällisyyteen.

Sukupuoliahdistuksen hormonihoitoon edellytykset

Mikäli tutkimusjakson jatkuessa nuorella on psyykkisesti, fyysisesti ja kehityksellisesti riittävät valmiudet sukupuoliahdistuksen hormonihoitoon, vasta-aiheita ei ole ja nuori tietoisien suostumuksen tehtyään toivoo hormonihoitoa, ohjaa nuorisopsykiatri nuoren hormonihoitoon aloitukseen nuorisogynekologian poliklinikkaan. Sukupuoliahdistuksen hormonihoito edellyttää vakaata transsukupuolista identiteettiä, joka todetaan sukupuoli-identiteetin tutkimusjakson aikana. Sukupuoliahdistuksen leikkaushoito edellyttää täysi-ikäisyyttä. Myös juridinen sukupuolen vahvistaminen vaatii nykyisen lainsäädännön puitteissa 18 vuoden ikää.

Nuorilla sukupuoliahdistuksen hoito suunnitellaan harkiten, yksilöllisesti ja nuoren omat toiveet huomioiden. Sukupuoliahdistuksen hormonihoito toteutetaan kansainvälisten hoitosuosituksen mukaisesti (1,6). Useista Euroopan maista poiketen, Suomessa gynekologi vastaa sekä feminisoivan että maskulinisoivan hormonihoitoon toteutuksesta ja hoidon somaattisesta seurannasta. Hoito voi koostua feminisoivasta tai maskulinisoivasta hormonihoitosta sekä hypotalamus-aivolisäke-sukurauhakselin toiminnan ja omien sukuhormonien tuotannon pysäyttävästä GnRH (gonadoliberiini) -analogihoidosta. Kansainvälisten suositusten perusteella feminisoiva tai maskulinisoiva hormonihoito aloitetaan yleensä aikaisintaan 16 vuoden iässä. Tätä nuoremmilla henkilöillä voidaan tietyissä tilanteissa hidastaa murrosiän kehitystä GnRH-analogihoidolla eli ”blokkerihoidolla” (1,6).

Nuorten sukupuoliahdistuksen hormonihoitoa HUS:ssa vuosina 2011–2018 kartoittaneen rekisteritutkimuksen perusteella hormonihoitoa saaneet nuoret aloittivat sukupuoli-identiteetin tutkimusjakson keskimäärin 16-vuotiaana ja sukupuoliahdistuksen hormonihoitoon keskimäärin 18-vuotiaana (14). Näin ollen GnRH-analogihoitoa hyödynnetään Suomes-

sa pääosin feminisoivan tai maskulinisoivan hormonihoiton alussa hoidon vaikutuksen tehostamiseksi. Tällöin pienemmillä hormonianoksilla saavutetaan nopeammin toivottu fyysinen vaste. Kuukautiset jäävät GnRH-analogin käytön aikana nopeasti pois, jolloin valmiste voi lievittää kuukautisten herättämää sukupuoliahdistusta ja toimia vaihtoehtona jatkuva-annokselle progestiinille tai vuodottomalle ehkäisyvalmisteelle.

Ehdottomia somaattisia esteitä hormonihoitolle on nuorilla vain vähän. Hormonihoiton aloituksessa on huomioitava, että hoito jatkuu useimmiten vuosikymmenten ajan, jolloin hoidon somaattisten haittojen riskit voivat kasvaa (15). Suuriannoksiseen oraaliseen feminisoivaan hormonihoitoon liittyy verraten suuri laskimotukosriski, erityisesti jos potilaalla on muitakin laskimotukoksen riskitekijöitä. Maskulinisoivaan hormonihoitoon voi liittyä liiallinen erytrosytoosi ja hemoglobiinipitoisuuden suureneminen sekä epäsuotuisat rasva-aineen-vaihdunnan muutokset.

Hormonihoiton toteutus ja seuranta

Feminisoiva hormonihoito perustuu estrogeeniin ja maskulinisoiva testosteroniin. Alaikäisillä nuorilla lääkannoksia nostetaan aikuispotilaita rauhallisemmassa tahdissa vähitellen 3–6 kuukauden välein. Aikuisannos saavutetaan yleensä 1–2 vuoden aikana. Mikäli GnRH-analogia käytetään hoidon osana, aloitetaan sen käyttö kolme kuukautta ennen estrogeeni- tai testosteronihoiton alkua ja jatketaan vähintään kuuden kuukauden ajan hormonihoiton rinnalla. Yli 18-vuotiailla nuorilla sukupuoliahdistuksen hormonihoito voidaan aloittaa samaan tapaan kuin aikuisilla (16).

Testosteronista on Suomessa saatavilla geelimuotoisia valmisteita sekä depot-pistosvalmisteita. Tyypillisintä on aloittaa testosteronihoito päivittäin iholle levitettävällä testosteronigeelillä ja siirtyä hoidon edetessä pitkävaikutteisten pistosvalmisteiden käyttöön. Estrogeeni voidaan antaa suun kautta tai parenteraalisena valmisteena, kuten laastarina tai geelinä. Fysiologinen annos testosteronia riittää estämään munasarjojen hormonierityksen. Feminisoi-

Ydinasiat

- » Sukupuoliahdistuksessa oma sukupuoli-identiteetti ja syntymässä määritetty sukupuoli eroavat toisistaan.
- » Diagnostiikka perustuu sukupuoli-identiteetin tutkimusjaksoon, joka on perusteellinen ja nuorisopsykiatrian ja nuorisogynekologian yksiköiden yhteistyöprosessi, johon osallistuvat myös alaikäisen nuoren huoltajat.
- » Nuorten runsas psyykinen oheissairastavuus tekee sukupuoli-identiteetin tutkimuksista ja diagnostiikasta entistä haastavampia.
- » Alaikäiset nuoret voivat kriteerien täytyessä saada sukupuoliahdistuksen hormonihoitoa, mutta kirurginen hoito on mahdollista vain täysi-ikäisenä.
- » Sukupuoliahdistuksen hoidon tärkein tehtävä on lievittää ahdistusta ja kärsimystä ja tukea nuoren hyvinvointia ja toimintakykyä.

vassa hormonihoitossa kivesten androgeenierityksen estämiseksi tarvitaan lisäksi antiandrogeeninen lääkitys silloin, kun käytössä ei samanaikaisesti ole GnRH-analogi. Suomessa antiandrogeenisena lääkehoitona käytetään spironolaktonia tai syproteroniasetaattia. Viimeksi mainittuun on pitkässä käytössä liitetty enemmän turvallisuusriskejä (17).

Hormonihoiton somaattisissa seurannassa huomioidaan toivottujen fyysisten sukupuoliominaisuuksien kehityksen lisäksi nuoren painon, verenpaineen ja seurattavien laboratoriotulosten muutokset (14,15,18,19). Aikuispotilaista saadun tiedon perusteella vakavat haittavaikutukset ovat harvinaisia, mutta pitkiä seuranta-tutkimuksia on toistaiseksi vain vähän (20).

Hormonihoiton vaikutukset hedelmällisyyteen

GnRH-analogihoiton aikana sukusolujen kypsyminen ja tuotanto pysähtyvät, mutta kun hoito lopetetaan, vaikutus väistyy ja sukusolu-

TAULUKKO. Maskulinisoivan ja feminisoivan hormonihoiton keholliset vaikutukset ja niiden ilmenemisen suuntaa antava aikataulu nuorilla (16).

Maskulinisoiva hormonihoito	Feminisoiva hormonihoito
Kuukausien kuluessa	
Karvankasvun lisääntyminen	Spontaanit erektiot jäävät pois
Äänen madaltuminen	Rinnat alkavat kasvaa*
Kuukautisten loppuminen	Karvankasvu vähenee
Ihon rasvoittuminen ja aknen paheneminen	Iho pehmenee ja sen rasvoittuminen vähenee
Libidon voimistuminen	Libido heikkenee
Hiustenlähtö, jos taipumusta miestyypiseen kaljuuntumiseen*	
Mielialamuutokset	
Vuosien kuluessa	
Parran kasvu	Lihaskasvu vähenee ja rasvakudoksen jakautuminen muuttuu
Rasvakudoksen jakautuminen muuttuu ja lihasvoima kasvaa	Kivesten koko pienenee*
Klitoris kasvaa*	Ääni ei juurikaan muutu
Vaginan limakalvon kuivuminen	

*Palautumaton vaikutus

tuotanto palautuu (1). Feminisoiva tai maskulinisoiva hormonihoito voivat mahdollisesti aiheuttaa palautumattomia muutoksia kehon hormonitoimintaan (17,21).

Jos maskulinisoiva hormonihoito lopetetaan tai tauotetaan, voi kuukautiskierto palautua ja raskaus alkaa. Transmiesten luonnollisesti alkaneita ja synnytykseen johtaneita raskauksia on ollut myös Suomessa. Sukupuoliahdistuksen hormonihoitoon tulee kuitenkin yleensä suhtautua hedelmällisyyttä heikentävänä, ja hoitosuosituksia painottavat keskustelua hedelmällisyydestä ja sen säilyttämisen toiveista ennen hormonihoitoa aloitusta. Suomessa yksityisellä ja julkisella sektorilla on mahdollista pakastaa sekä siittiöitä että munasoluja ennen hormonihoitoa.

Tutkimusjakson jatkuminen hormonihoitoa aloituksen jälkeen

Nuoren aloittaessa hormonihoitoa puhutaan arkikielessä tosielämän vaiheesta. Nuoren seuranta ja sukupuoli-identiteetin tutkimusjakso jatkuvat tavallisesti noin vuoden ajan sukupuoli-identiteetin tutkimusyksikön moniammatillisessa työryhmässä nuoren ja tämän huoltajien tapaamisilla. Aiemmin täysi-ikäinen nuori on tutkimusjakson päätteeksi voinut halutessaan vahvistaa sukupuolensa juridisesti. Tätä varten on vaadittu nuorisogynekologin tekemä todistus hedelmättömyydestä

eli lausunto riittävän pitkään toteutuneesta hormonihoitosta. Translain uudistamisen myötä täysi-ikäinen henkilö voi vahvistaa juridisen sukupuolensa oman hakemuksen perusteella ilman lääkärin lausuntoa.

Kun sukupuoliahdistuksen hormonihoito on vakiintunut ja alkuvaiheen seuranta toteutunut nuorisogynekologian poliklinikassa, nuori siirtyy hormonihoitoon somaattiseen seurantaan perusterveydenhuoltoon. Siellä seuranta pohjautuu hormonihoitojen käytön turvallisuuteen eli käytännössä laboratoriotutkimustulosten seurantaan sekä esimerkiksi sydän- ja verisuonisairauksien riskin arviointiin (15).

Sukupuoliahdistuksen digitaalinen hoitopolku

HUS:ssa on vuonna 2021 otettu käyttöön nuorten sukupuolidysforian hormonihoitoa digitaalinen hoitopolku. Terveyskylän Oma-polku-alustalla toimiva hoitopolku tarjoaa nuorille ja heidän läheisilleen mahdollisuuden tutustua hoitoon liittyvään tietoon ja ohjeisiin mobiilisovelluksen tai tietokoneen kautta. Hoitopolun kautta nuori saa muistutuksia tulevista laboratoriotutkimuksista ja vastaanotoista ja voi lähettää viestejä hoitohenkilökunnalle. Polku tarjoaa myös mahdollisuuden järjestää video-muotoisia etävastaanottoja. Hoitopolun avulla tehdään myös tutkimusta sukupuoliahdistuksen hormonihoitoa vaikuttavuudesta.

Lopuksi

Nuorten sukupuoli-identiteetin tutkimukset ja diagnostiikka ja sukupuoli-identiteetin hoidot eivät ole yksiselitteisiä tai ongelmattomia. Tutkimustieto teini-ikään normaalisti kuuluvasta sukupuoli-identiteetin muovautumisesta ja hoitojen vaikutuksista siihen on niukkaa. Myös sukupuoli-identiteetin hormonihoidon liittyvä tutkimustieto on toistaiseksi vähäistä. Nuoren oma motivaatio aloittaa hormonihoidon voi olla erittäin vahva, ja hoito saattaa herkästi näyttäytyä nuoren kaikki ongelmat poistavana ratkaisuna. Perusteellinen sukupuoli-identiteetin tutkimusjakso ja mahdollisen hormonihoidon myötä melko hitaasti tapahtuvat keholliset muutokset edellyttävät nuorelta kärsivällisyyttä.

Lainsäädäntö säätelee sukupuoli-identiteetin tutkimuksia ja sukupuoli-identiteetin hoitoa. Tätä tekstiä kirjoittaessa translain uudistus on juuri hyväksytty eduskunnassa. Oleellimpia lainsäädäntöön tehtyjä muutoksia ovat juridisen sukupuolen vahvistamisen irrottaminen lääketieteellisestä arviosta ja lisäänty-

miskyvyttömyyden vaatimuksen poistaminen sukupuoltaan juridisesti vahvistavalta.

Onnistuessaan sukupuoli-identiteetin hoito saattaa kohentaa elämänlaatua ja turvata kasvavan nuoren kehitystä ja aikuistumista. Nuorilla sukupuoli-identiteetin lääketieteellisessä hoidossa on käytettävä erityistä harkintaa, ja nuorille tulisi antaa mahdollisuus reflektoida ja työstää kehittyvää identiteettiään rauhassa. Sukupuolidysforian hormonihoidon aloittaneista vain harva katu hoitoja myöhemmin, mutta hoitoa kätuvien ja hoidot keskeyttävien määrää tulee seurata tarkasti, sillä hormonihoidon vaikutuksista osa on palautumattomia. Oleellista olisi myös vahvistaa perusterveydenhuollon osaamista nuorten sukupuoli-identiteetistä ja lisätä mahdollisuuksia tarjota nuorille ensihoidoksi sukupuolisensitiivistä keskustelutukea, jota esimerkiksi tuore Palveluvalikoimanuovoston suositus edellyttää (9). Sukupuoli-identiteetin vuoksi hoidettujen nuorten psyykkiseen ja somaattiseen vointiin sekä elämänlaatuun keskittyviä pitkittäistutkimuksia tarvitaan lisää. ■

NICO VEHMAS, LL, tohtorikoulutettava, erikoistuva lääkäri (naistentaudit ja synnytykset),
HUS, naistentaudit ja synnytykset, Helsingin yliopisto

ELINA HOLOPAINEN, LT, naistentautien ja synnytyksen erikoislääkäri, lisääntymislääketieteen ja nuorisogynekologian lisäkoulutus, nuorisolääketieteen erityispätevyys
HUS, naistentaudit ja synnytykset, Helsingin yliopisto

HANNA SAVOLAINEN-PELTONEN, dosentti, naistentautien ja synnytyksen erikoislääkäri, osastonylilääkäri, lisääntymislääketieteen lisäkoulutus
HUS, naistentaudit ja synnytykset, Helsingin yliopisto

LIISA SALMELA, PsM, psykologi,
HUS nuorisopsykiatria, nuorten sukupuoli-identiteetin tutkimuspoliklinikka

KAISA PURO, PsM, psykologi,
HUS nuorisopsykiatria, nuorten sukupuoli-identiteetin tutkimuspoliklinikka

MAIJA KERKOLA, VTM, sosiaalityöntekijä,
HUS nuorisopsykiatria, nuorten sukupuoli-identiteetin tutkimuspoliklinikka

ELINA SANTTI, LKT, psykiatrian ja nuorisopsykiatrian erikoislääkäri, ylilääkäri, linjaohjaaja
HUS nuorisopsykiatria

SIDONNAISUUDET

Nico Vehmas: Ei sidonnaisuuksia

Elina Holopainen: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (A-lehdet, Teva Finland), luottamustoimet (Suomen lapsi- ja nuorisogynekologinen yhdistys, puheenjohtaja), asiantuntijatehtävät työryhmässä (Svenska Socialstyrelsen: Vård av barn och ungdomar med könsdysfori: Nationellt kunskapsstöd med rekommendationer till profession och beslutsfattare 6–8/2021)

Hanna Savolainen-Peltonen: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Exeltis, Ferring, Mehiläinen, Merck, Orion), luottamustoimet (Suomen Menopaussitutkimusseura, Synnytys- ja naistentautiopin tutkimussäätiö, Suomen fertiliteettiyhdistys, Suomen gynekologiyhdistys, Palveluvalikoimanuovosto)

Liisa Salmela: Ei sidonnaisuuksia

Kaisa Puro: Ei sidonnaisuuksia

Maija Kerkola: Ei sidonnaisuuksia

Elina Santti: Luentopalkkiot (Biocodex, Janssen-Cilag), Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Mehiläinen), muut sidonnaisuudet (Eli Lilly)

KIRJALLISUUTTA

1. Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, ym. Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2017;102:3869–903.
2. Connolly MD, Zervos MJ, Barone CJ, ym. The mental health of transgender youth: advances in understanding. *J Adolesc Health* 2016;59:489–95.
3. Jaskari O, Keski-Rahkonen A. Vähemmistöstressi uhkana seksuaali- ja sukupuolivähemmistöjen terveydelle. *Duodecim* 2021;137:1781–8.
4. Olson J, Schrager SM, Belzer M, ym. Baseline physiologic and psychosocial characteristics of transgender youth seeking care for gender dysphoria. *J Adolesc Health* 2015;57:374–80.
5. Kaltiala R, Bergman H, Carmichael P, ym. Time trends and referrals to child and adolescent gender identity services: a study in four Nordic countries and in the UK. *Nord J Psychiatry* 2020a;74:40–4.
6. Coleman E, Radix AE, Bouman WP, ym. Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. *Int J Transgend Health* 2022;23:S1–260.
7. Jokela, S, Luopa, P, Hyvärinen A, ym. Sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvien nuorten hyvinvointi. Kouluterveyskyselyn tuloksia 2019. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen työpapereita 38/2020.
8. Kaltiala-Heino R, Lindberg N. Gender identities in adolescent population: methodological issues and prevalence across age groups. *Eur Psychiatry* 2019;55:61–6.
9. Alaikäisten sukupuoli-identiteetin variaatioihin liittyvän dysforian lääketieteelliset hoitomenetelmät. Palveluvalikoiman evoston suositus 038:00/2020. STM 2020.
10. Kaltiala-Heino R, Bergman H, Työläjärv M, ym. Gender dysphoria in adolescence: current perspectives. *Adolesc Health Med Ther* 2018;9:31–41.
11. Zucker KJ. Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity. *Sex Health* 2017;14:404–11.
12. Kaltiala-Heino R, Työläjärv M, Suomalainen L. Kun sukupuoli on nuorelle ongelma. *Duodecim* 2018;134:2041–6.
13. Karvonen M, Karukivi M, Kronström K, ym. The nature of co-morbid psychopathology in adolescents with gender dysphoria. *Psychiatry Res* 2022;317:114896.
14. Vehmas N, Holopainen E, Suomalainen L, ym. Somatic health and psychosocial background among Finnish adolescents with gender dysphoria seeking hormonal interventions. *Transgend Health* 2022;505–13.
15. Das P. Transsukupuolisten hormonihoidon seuranta avoterveydenhuollossa. *Suom Lääkäril* 2019;74:376–81.
16. Tinkanen H, Das P. Transsukupuolisten hormonihoidot. *Duodecim* 2015;131:272–8.
17. Glinborg D, T'Sjoen G, Ravn P, ym. Optimal feminizing hormone treatments in transgender people. *Eur J Endocrinol* 2021;185:R49–63.
18. Sotffers IE, de Vries MC, Hannema SE. Physical changes, laboratory parameters, and bone mineral density during testosterone treatment in adolescents with gender dysphoria. *J SexMed* 2019;16:1459–68.
19. Klaver M, de Mutsert R, van der Loos M, ym. Hormonal treatment and cardiovascular risk profile in transgender adolescents. *Pediatrics* 2020;145:e20190741.
20. Meyer G, Mayer M, Mondorf A, ym. Safety and rapid efficacy of guideline-based gender-affirming hormone therapy: an analysis of 388 individuals diagnosed with gender dysphoria. *Eur J Endocrinol* 2020;182:149–56.
21. Vereecke G, Defreyne J, Van Saen D, ym. Characterisation of testicular function and spermatogenesis in transgender women. *Hum Reprod* 2021;36:5–15.