

Tiia Sudenkaarne

Trans- ja intersukupuolisuus queer-bioeettisinä kysymyksinä

Tämä artikkeli johdattaa queer-bioeettiseen tutkimukseen ja nostaa esiin ilmiöitä, joita sen metodeilla voisi Suomessa tarkastella. Keskityn pohtimaan transsukupuolisuuden ja intersukupuolisuuden hoitoon liittyviä kysymyksiä. En väitä esittäväni koheettista queer-bioeettistä analyysia trans- ja intersukupuolisuuden hoidosta Suomessa vielä tässä artikkelissa. Luon perustaa sukupuolen moninaisuuden hoitojen perinpohjaiselle queer-bioeettiselle analyysille sekä esittelen Lance Wahlertin ja Autumn Fiesterin queer-bioetiikan teoriaa ja sen kytköksiä olemassa olevaan tutkimukseen.

Avainsanat: Bioetiikka, queer-bioetiikka, LHBTQI, transsukupuolisuus, intesukupuolisuus, feministinen tutkimus

1. Johdanto

Tämä artikkeli johdattaa queer-bioeettiseen tutkimukseen ja nostaa esiin ilmiöitä, joita sen metodeilla voisi Suomessa tarkastella. Keskityn pohtimaan transsukupuolisuuden ja intersukupuolisuuden hoitoon liittyviä kysymyksiä. En väitä esittäväni koheettista queer-bioeettistä analyysia trans- ja intersukupuolisuuden hoidosta Suomessa vielä tässä artikkelissa.¹ Sen sijaan luon perustaa hoitojen analyysille sekä esittelen Lance Wahlertin ja Autumn Fiesterin (2012; 2014) queer-bioetiikan teoriaa ja sen kytköksiä olemassa olevaan tutkimukseen.

Hypoteesini on, että hetero- ja cis-normatiivisuuteen mukautumattomat henkilöt, eli esimerkiksi lesboiksi, homoiksi, biseksuaaleiksi, transsukupuolisiksi, intersukupuolisiksi tai queereiksi identifioituvat henkilöt, altistuvat normatiivisuuteen mukautuvia toden-

¹ Perinpohjainen analyysi tulee sisällyttämään Turun yliopiston filosofiaan tekemäni väitöstutkimuksen kolmanteen artikkeliin.

näköisemmin bioetiikan peruseriaatteiden loukkauksille. Esittelen queer-bioetiikan teoriaa ja metodia, pohdin sen suhdetta muihin tieteenaloihin ja pyrin osoittamaan, miksi hypoteesin testaaminen erityisesti trans- ja intersukupuolisuuden kysymyksissä ja laajemmin bioetiikassa olisi hedelmällistä. Nähdäkseni keskeinen syy periaatteiden loukkauksiin on filosofis-systeeminen: hetero- ja cis-normatiivisuus on sisäänrakennettu sekä hoidon että lainsäädännön toimintalogiikkaan, näkymättömiin mutta sen välttämättömäksi ehdoksi. Siksi elettyihin kokemuksiin pohjaava tieto, hetero- ja cis-normatiivisuuden kyseenalaistava eettinen analyysi sekä systeeminen hetero- ja cis-normatiivisuuden kyseenalaistaminen ovat välttämättömiä.

2. Käsitteiden määrittelyä

Määrittelen seuraavaksi joitakin keskeisiä käyttämiäni käsitteitä. On huomattava, että käsitteet ovat monitulkintaisia, ja niitä voidaan käyttää muualla eri tavoin. Syvennyn käsitteisiin liittyviin jännitteisyyksiin vain, jos ne ovat argumentin seurattavuuden kannalta oleellisia. On kuitenkin syytä huomata, että määrittelyjen luominen sisältää aina vallankäyttöä, ja määritelmät elävät kontekstisidonnaisesti.

2.1. Queer

Queerin käsitteelle ei ole yhtä, tarkkarajaista määritelmää. Se on kriittisen sukupuolen ja seksuaalisuuden tutkimuksen kentältä noussut käsite, jolla viitataan ensinnäkin sukupuolen normatiivisuutta ja binäärisyyttä kritisoivaan, moniääniseen ja monitieteiseen tutkimustraditioon. Queerin tieteellisen esiinmarssin yhtenä alkusysäyksenä voi pitää Judith Butlerin (1990) monelle filosofillekin tuttua teosta *Gender Trouble* (suom. *Hankala sukupuoli*). Queerin voi löyhästi määritellä kaksinapaista sukupuoli- ja seksuaalinormatiivisuutta (maskuliininen–femininiinen; hetero–homo) häiritsemään pyrkiväksi leikillisyydeksi ja identiteettikäsitykseltään virtaavaksi näkökulmaksi. Samaan aikaan sen piiriin kuuluu kuitenkin myös epäkohtiin pureutuva, sosiaalista oikeudenmukaisuutta

ja queer-solidarisuutta painottava tarkastelu. Queer-ajattelu on kapinallista; esimerkiksi lisääntymistä voidaan sen piirissä pitää tuomittavana heterotulevaisuudellisuutena (ks. esim. Richie 2016). Queer onkin vahvasti kytköksissä elettyyn aktivismiin. Toiseksi sillä tarkoitetaan tutkimusotetta, joka paljastaa sukupuolen ja seksuaalisuuden normatiivisuuden liittyviä oletuksia (*queer*-luenta eli *queering*). Kolmanneksi sitä voidaan käyttää yläkäsitteenä viittaamaan lesboiksi, homoiksi, biseksuaaleiksi, transihmisiksi², intersukupuolisiksi jne. identifioituihin henkilöihin.

Käsitteelle ei ole käytössä vakiintunutta suomennosta, vaikka erinäisiä ehdotuksia nousee esiin aika ajoin. Eräs vakiintuneimmista ehdotuksista on queerin kääntäminen pervoksi, mitä on pitänyt esillä erityisesti Suomen Queer-tutkimuksen Seura kuljettamalla sitä mukana Suomen ainoan lesbo-, homo- ja queer-tutkimusseminaarin vaihtuvissa teemoissa (esimerkiksi pervot parantumiset, pervot perinteet; vrt. Wahlert 2016). Pervo-käännöstä on hyödynnetty menestyksekkäästi myös tutkimuskirjallisuudessa (ks. Kekki ja Ilmonen 2004).

2.2. Cis- ja heteronormatiivisuus

Cis-normatiivisuudella tarkoitan ajatusta kaksinapaisesta eli binäärisestä sukupuolijärjestelmästä. Sen navat ovat mieheydeksi ja naiseudeksi kutsutut positiot, jotka ovat sällöltään vastakkaisia. Binäärisessä sukupuolijärjestelmässä kaikkien ihmisten oletetaan sijoittuvan jompaankumpaan positioon, ja sijoittumisen ajatellaan perustuvan ongelmattomasti fysiologiaan, jota ilmennetään kulttuurisesti sovituin merkein. (vrt. Tainio 2013, 19; sukupuolijärjestelmästä ks. Liljeström 1996.) Esimerkiksi henkilö, jolla

² Joskus käytetään käsitettä LHBQTQI+ kuvaamaan sitä, että määritelmä elää. Myös muita kirjainyhdistelmiä on käytössä. Terminologian jatkuvasta muutoksesta voi mainita esimerkiksi transsukupuolisuuden käsitteen, joka on vain yksi trans-identiteettien esiintymistä. Myös trans-alkuisia sukupuoleen liittyviä diagnooseja on lukuisia. Tätä moninaisuutta kuvataan toisinaan liittämällä trans-sanana perään asteriski (trans*), mutta käyttöön liittyy kriittistä keskustelua. Sukupuolen ja seksuaalisuuden moninaisuuden tutkimuskentän konsensus terminologian suhteen on, että oleellista on käyttää sitä termiä, jonka ryhmä/henkilö kokee omakseen sekä pyrkiä korostamaan ihmisyyttä ja yksilöllisyyttä LHBQTQI-identiteetin lisäksi. On vältettävä esimerkiksi subjektia transsukupuoliset; korrektimpaa on puhua transsukupuolisista ihmisistä tai transsukupuolisesta henkilöstä.

on pitkät hiukset ja rinnat, oletetaan länsimaisessa kontekstissa naiseksi. Normatiivinen elementti sukupuolijärjestelmässä tarkoittaa edellistä esimerkkiä jatkaakseni paitsi, että kaikilla naisilla oletetaan olevan rinnat, myös että naisella tulisi olla rinnat, ja miehillä taas ei. Normista johdetaan joukko terveydenhuollon nais erityisiä projekteja, joiden kohteena ajatellaan olevan joukko samanlaisia – naisia. Koska rintojen läsnä- tai poissaolo ei lopulta ole välttämätön tai edes riittävä ehto naisena olemiselle – harva esimerkiksi kyseenalaistaa rintansa syövän takia menettäneen cis-naisen sukupuolistatusta, vaikka julkisin varoin toteutettava, korjaava kirurgia perustuukin osittain tuon statuksen ulkoisten merkkien palauttamiselle – cis-normatiivisuus perustuu lopulta epämääräisille, luonnollistetuille oletuksille kahden sukupuolen vastakkaisuudesta.

Heteronormatiivisuus operoi cis-normatiivisuuden kautta: se olettaa, että kaikki ihmiset ovat joko miehiä tai naisia, joten he lisääntymisviettinsä ohjaamina tuntevat toisiinsa seksuaalista halua. Näin oikeutetaan esimerkiksi yhteiskunnallisten instituutioiden järjestäminen heteronormin mukaan. Esimerkkinä heteronormista tutkimuskirjallisuudessa mainittakoon jälleen Judith Butler (1990), joka tarkastelee sukupuolta tuloksena vallasta, jota hän nimittää heteroseksuaaliseksi matriisiksi. Se on tuottavaa, biologista, lääketieteellistä ja seksuaalista tieto-valtaa, joka pyrkii järjestämään kaikki ruumiit, halut ja sosiaaliset identiteetit kaksinaapaiseen, täydentämisperiaatteen mukaiseen malliin. Mallissa tuotetaan kaksi kategoriaa, mies ja nainen, joista kumpikin koostuu anatomis-fysiologisen ruumiin, tietyn seksuaalisen halun ja tietyn seksuaalisen roolin yhteydestä. Butler nimittää mallia ”kulttuurisen ymmärrettävyyden” kehikoksi, joka pyrkii luonnollistamaan ruumiit, sukupuolet ja halut. (Butler 1990, 5, 151.) Heteromatriisi on siis Butlerin sosiaalisen konstruktivismin ja foucaultilaisen ajattelun esimerkki heteronormatiivisuuden käsitteellistämisestä (ks. myös Koivunen 1996, 54–55). Omassa käsittelyssäni cis- ja heteronormatiivisuus rakentuvat lääketieteen etiikan olettamina välttämättöminä ehtoina.

2.3. Bioetiikan perusperiaatteet

Bioetiikka tarkastelee ja selvittää moraalisia, yhteiskunnallisia ja poliittisia pulmakysymyksiä, jotka nousevat erityisesti lääke- ja biotieteen kehityksestä, mutta myös taloudellisosiaalisista muutoksista ja mullistuksista, hyvinvointierojen kasvusta, kulttuurisista ja uskonnollisista erimielisyyksistä sekä uusien ryhmien osallistumisesta keskusteluun ja päätöksentekoon. Bioetiikan kysymyksiä voidaan lähestyä joko käytännöllisesti, teoreettisesti (Häyry 2014), tai tarkastelutasot yhdistäen, kuten queer-bioetiikassa tehdään. Käytännöllistä lähestymistapaa edustavat lääkärin, hoitajien ja tutkijoiden ammatillinen itsesääntely, lainsäätäjien ja muiden julkisten päätöksentekijöiden työ sekä kansalaisjärjestöjen toiminta. Teoreettista työtä tehdään yhteiskunta- ja humanistisissa tieteissä sekä filosofian ja sen lähialojen käsitteellisessä tutkimuksessa. Filosofian osana bioetiikka kuuluu enimmäkseen normatiivisen ja soveltavan etiikan alueeseen, vaikkakin metaeettiset tarkastelut ovat lisääntymään päin. (Häyry 2014.)

Eräs bioeettisen tutkimuksen lähestymistapa on tarkastella sen tutkimuskysymyksiä periaatteiden kautta (nk. *principalist approach*; vrt. Donchin ja Purdy 1999; Donchin 2001; Holmes 1999; Tunstall ym. 2017). Tunnetuimmat periaatteet ovat Tom Beauchampin ja James Childressin (2009; ensimmäinen painos 1979) muotoilemat autonomian kunnioittaminen, hyvän tekeminen, pahan tekemisen välttäminen ja oikeudenmukaisuus. Beauchamp ja Childress siis esittävät, että lääkinnän, terveydenhuollon ja tutkimuksen ongelmia tulee lähestyä näiden neljän yksinkertaisen ja intuitiivisesti vetoavan periaatteen valossa. Mallia voi kannattaa yhtäältä siksi, että periaatteet ovat yleisesti päteviä – ne voidaan johtaa joko arki-intuitioista tai mistä tahansa perinteisestä teoriasta – ja toisaalta siksi, että niitä on helppo soveltaa mihin tahansa tilanteeseen. Riippumatta muista (”ylätason”) eettisistä käsityksistä jokainen voi sitoutua siihen, että toiminnan on oltava autonomiaa kunnioittavaa, vahinkoa tuottamatonta, ihmisten itsemääräämistä kunnioittavaa ja oikeudenmukaista. Näiden periaatteiden soveltaminen tuo esiin tarkasteltavien tilanteiden tärkeimmät piirteet ja auttaa luomaan tapauskohtaisia (”alatasen”) toimintaohjeita. (Häyry 2014.) Myös hyötyperiaatteeseen vedotaan usein tässä lähestymistavassa, mutta se ei ole Beauchampin ja Childressin ylätasen periaatteiden joukossa.

Keskittämisen periaatteiden etiikkaa voidaan käyttää kahdella tavalla: joko eettisten kysymysten ratkaisurytyksiin tai niiden valottamiseen uusista näkökulmista. Ensimmäisessä vaihtoehdossa on omat pulmansa. Koska periaatteet on aina tulkittava erityisten tilanteiden mukaisesti, niiden johdonmukainen yleinen määrittely voi muodostua vaikeaksi. Ne voivat myös käytännössä joutua keskenään ristiriitaan, jolloin mallista sinänsä ei voida johtaa mitään toimintaohjeita. Periaatteita voidaan kuitenkin kiistatta käyttää vaatimattomampaan tehtävään – osoittamaan, minkälaisia eettisiä pulmia hoitotilanteisiin ja tieteelliseen tutkimukseen voi sisältyä. (Häyry 2014). Juuri tätä tarkoitusta ne palvelevat tässä artikkelissa eli niihin viittaamalla pyrin osoittamaan, millaisia eettisiä pulmia LHBTQI-kysymysten bioeettisessä ymmärryksessä on. Siirrynkkin seuraavaksi tarkastelemaan trans- ja intersukupuolisuuden hoitoa Suomessa.

3. Transsukupuolisuuden hoito Suomessa: kriittisiä huomioita

Suomessa virallinen transsukupuolisuusdiskurssi rakentuu hyvin medikalisoituna ilmiönä (Tainio 2013; vrt. Mattila ja Tinkanen 2015; Kela 2002; Kaltiala-Heino ym. 2014). Länsimaisen psykiatrian kontekstissa sen olemassaolo pohjaa maailman terveysjärjestö WHO:n hallinnoimaan ICD-luokitukseen. Suomen kansalliset hoitosuosituksot on suurelta osin määritelty ja indeksoitu ICD:n diagnoosien mukaisesti (Mattila ja Tinkanen 2015; Tiitinen, Suominen ja Holli 2003). ICD-10 määrittelee psykiatriselle diagnoosille F64.0 transsukupuolisuus (*transsexualism*) kriteereiksi halun elää ja tulla hyväksytyksi ”vastakkaisen sukupuolen edustajana” ja että halu on kestänyt vähintään kaksi vuotta eikä johdu ”muusta” mielenterveyden häiriöstä tai kromosomipoikkeavuudesta.³

Halun syyn löytäminen, joka mielletään erotusdiagnostiikaksi, vaikuttaisi olevan keskeistä transsukupuolisuuden medikalisaatiossa. On kuitenkin syytä huomata, että ohjeistukseen on ikään kuin kirjattu kehoitus etsiä väärinä syitä halulle korjata sukupuoltaan.

³ On epäselvää, mitä kromosomipoikkeavuudella tarkkaan ottaen tarkoitetaan; sukupuolen kromosomistokun on paljon monimutkaisempaa kuin binäärisesti annetaan ymmärtää (vrt. esim. Ainsworth 2015).

Akuutti psykoottisuus olisi toki klassisessa bioetiikassakin ilmeinen epäilyttävä syy, mutta ainoa yksiselitteisesti sellainen. Ohjeistus ei ota kantaa, missä määrin henkilön oma näkemys sukupuolestaan validoi diagnoosin. Sen sijaan painotetaan ulkopuolisia, psykiatris-fysiologisia tietoja, jotka auktoriteettinen tieteellinen tarkkailija kerää objektiivisuuksessa tarkkailtavaan eli henkilöön, joka tässä vaiheessa voi ehkä vain oirehtia tai harhaisesti kuvitella olevansa transsukupuolinen (vrt. erotusdiagnostiikan eli muiden sairauksien ja skitsofrenian/psykoosin poissulkemisen painottaminen; ks. myös Mattila 2010). Lääketieteen diskurssin tapa jäsentää sukupuolta on tässä paitsi jyrkän binäärinen (vrt. Tainio 2013), myös kykenemätön hahmottamaan nk. biologisen sukupuolen, oikeammin ilmaistuna sukupuolitetun fysiologian, materiaalis-diskursiivista ilmiörakennetta (vrt. Irni 2014). Sukupuolitettua fysiologiaa pidetään jotenkin luonnollisempana (tai materiaalisempana) kuin sukupuolen sosiaalista ulottuvuutta (vrt. Tainio 2013). Tämä näkyy myös hoito-ohjeistuksessa, joka määrittelee transsukupuolisen henkilön kokevan olevansa biologista sukupuoltaan vastakkaista sukupuolta ja haluavan korjata kehonsa kirurgisesti ja/tai hormonaalisesti vastaamaan kokemaansa sukupuoli-identiteettiä (Huttunen 2015; Kaltiala-Heino ym. 2014; Sosiaali- ja terveysministeriö 2002). Kokemus transsukupuolisuudesta ei siis lääketieteessä rakennu varsinaiseksi sukupuoli-kokemukseksi tai identiteetiksi vaan joksikin halun ja kokemuksen väliltä, vaikka psykiatrisissa arviointiprosesseissa psykiatrisen tutkimuksen kohteeksi määritellään nimenomaisesti henkilön sukupuoli-identiteetti. Lääketieteen käsitys sukupuolesta on täten ontologisesti sekava.

Suomessa sukupuolenkorjausprosessiin pääseminen edellyttää suostumista medikalisoituun prosessiin, jonka kulku on valtakunnallisesti säädeltyä. Se toteutetaan osana julkista terveydenhoitoa, erikoissairaanhoidon palveluna. (Kaltiala-Heino ym. 2014; Kela 2002; Mattila ja Tinkanen 2015; Sosiaali- ja terveysministeriö 2002). Säätelystä huolimatta sukupuolenkorjausprosessin läpikäyneiden henkilöiden kokemukset vaihtelevat huomattavasti (Suhonen 2016; Mattila ym. 2015; Kosonen 2014). Prosessin aloittaakseen transsukupuolisen henkilön tulee ensin hakeutua yleislääkärin vastaanotolle, jossa lääkäri laatii hänelle lähetteen sukupuoli-identiteetin tutkimuksiin. Tämä psykiatrinen

arviointitutkimus tehdään joko Helsingin tai Tampereen yliopistollisessa keskussairaalassa, ja sen kesto vaihtelee puolesta vuodesta kahteen. Vuoden tosielämänkoetta eli halutun sukupuolen roolissa elämistä ja hormonihoidoja seuraa tai osin niiden kanssa samanaikaisesti suoritetaan kirurgisia toimenpiteitä sekä ehdottomasti (joko hormonaalinen tai henkilön niin halutessa muiden hoitojen myötä kirurginen) sterilisaatio (Kaltiala-Heino ym. 2014; Kela 2002; Mattila ja Tinkanen 2015; Sosiaali- ja terveysministeriö 2002). Lääketieteellinen todistus lisääntymiskyvyttömyydestä on siis juridisen sukupuolen korjaamisen, esimerkiksi omaa sukupuolta vastaavan etunimen käyttöönoton, ehdoton edellytys. Sukupuolen moninaisuuden asiantuntija Sami Suhosen (2016) mukaan ihmiset kokevat usein, että on suostuttava joko kaikkiin tarjottuihin toimenpiteisiin, myös sukuelinkirurgiaan, tai jättävä kokonaan prosessin ulkopuolelle, jolloin juridisen sukupuolen korjaaminen on mahdotonta. Suhonen raportoi pitkän vertaistoiminta- ja neuvontatyöhistoriansa aikana kohdanneensa useita transsukupuolisia henkilöitä, joiden korjausprosessit kestivät huomattavan kauan, jopa vuosikymmeniä.

Vaikka hoitoprosessissa on mukana lukuisia terveydenhuollon ammattihenkilöitä, on lääkäreiden rooli erityisesti sukupuoli-identiteetin tutkimuksissa keskeinen. (Kaltiala-Heino ym. 2014; Kela 2002; Mattila ja Tinkanen 2015; Sosiaali- ja terveysministeriö 2002; Suhonen 2016). Vaikka lainsäädännöllisesti ainoa uuden sukupuolistatuksen saamisen lääketieteellinen vaatimus on sterilisaatio, on myös psykiatrisen arvioinnin kohteena oleminen kuormittavaa ja eettisesti arveluttavaa. Judith Butler (2004) huomauttaa, että sairaaksi tekemisen/pakottamisen lääketieteellisellä käytänteellä on vaikutuksia paitsi ihmisen muuhun elämään, myös laajemmin siihen, miten elämää ja itseä merkityksellistetään. Transsukupuolisen henkilön mieltäminen häiriintyneeksi on Butlerin mukaan regressiivistä paitsi siten, että sen vaikutus yksilöön on usein lamauttava, myös siten, että transsukupuolisen halun medikalisaatio vähentää sen esiintyvyyttä.

Arviointiprosessia ohjaavia dokumentteja lukemalla ei käy yksiselitteisesti ilmi, mitä prosessissa oikeastaan arvioidaan – transsukupuolisen henkilön mielentilaa vai hänen sukupuoltaan. Olisi nähdäkseeni oleellisen tärkeää selvittää, kokevatko sellaiset henkilöt,

jotka omaehtoisesti eivät halua sukuelinkirurgiaa, painostusta siihen suostumiseen. Kun diagnostisina kriteereinä mainitaan henkilön kehoaan kohtaan tuntemat vihan/inhon kokemukset, liika tyytyväisyys omaan kehoon saattaisi todistaa päinvastaista sukupuolta arvioiville (vrt. Landström 2007). Näitä epäkohtia korjaamaan päästään vain trans-ihmisten kokemuksellista tietoa keräämällä.

Transsukupuolisuuden ja sukupuolen moninaisuuden medikalisoitua keskustelussa keskeinen jakolinja on debatti siitä, hahmotetaanko ilmiötä paremmin sukupuoli-identiteetin häiriön käsitteen (*gender identity disorder*, käytössä ICD-järjestelmässä), sukupuolidysforian käsitteen (*gender dysphoria*, käytössä APA:n DSM-järjestelmässä, joka myös käytössä Suomessa) vai niiden yhdistelmän kautta. Transsukupuolisuuden mieltämistä sukupuolidysforian kautta pidetään eettisesti kannatettavampana kuin sen hoitamista sukupuoli-identiteetin häiriönä, mikä ei kuitenkaan automaattisesti takaa hoitokäytänteiden eettisyyttä (Nelson 1998). Transsukupuoliset henkilöt kokevat usein ahdistusta sellaisista kehon ominaisuuksista, jotka eivät vastaa heidän sukupuolikokemustaan, tai siitä, että he tulevat sosiaalisissa tilanteissa kohdatuiksi väärän sukupuolen edustajana. Tätä ahdistusta kutsutaan sukupuolidysforiaksi (Trasek 2016; APA 2017). Kaikki sukupuoleltaan moninaiset ihmiset eivät koe sukupuolidysforiaa lainkaan, toiset kokevat sitä toisinaan ja jotkut kärsivät siitä niin, että haluavat lievittää sitä hoidoilla (Nelson 2012, 251–252). Sukupuolidysforian kokemuksesta voisi siis pitää hoitojen tarpeen määrittäjää. Jamie Nelson⁴ (*emt.*) jakaa Butlerin (2004, 92) ja monen muun ajatuksen, että sukupuolidysforian parantamisen konstruktio turvaa pääsyä sukupuolenkorjaushoitoihin. Nelson on kuitenkin skeptinen sen suhteen, kuinka depatologisovaa ilmiön käsitteellistäminen sukupuolidysforiaksi lopulta olisi. Voivatko medikalisaation logiikalla operoivat käsitteet ylipäänsä vähentää diagnoosin saamisen stigmaa? Jos depatologisoidaan sukupuolen moninaisuus, menetetäänkö se filosofinen ja moraalinen edistysellisyys, jota sukupuolen moninaisuuden täydellinen depatologisointi voisi bioetiikkaan tuoda? Nelson toivoo, että bioeettistä analyysiä hoidon antamisen ja hoitamatta

⁴ Tämä on ollut Nelsonin nimi hänen tultuaan kaapista transnaisena. Lähdeluettelossa hänen julkaisunsa on selvyuden vuoksi merkitty sillä nimellä, millä ne on alunperin julkaistu.

jättämisen taustalla voitaisiin perustella muullakin kuin diagnostiikalla ja patologisoinnilla. Joka tapauksessa sukupuolidysforia on vähemmän identiteettiä patologisoiva diagnoosi kuin (sukupuoli-)identiteetin häiriö, jossa Butlerin mukaan pyritään patologisoinnin lisäksi muuttamaan henkilön ymmärrys itsestään, sedimentoimaan sukupuolta ja torppaamaan sukupuolisen moninaisuuden mielikuvitusta. Suomessa siirtymisestä sukupuolidysforian hoitoon ei ole juuri julkisesti keskusteltu. Sitä toivovat monet aktivistit ja potilasetujärjestö Trasek.⁵

Medikaalisen diskurssin lisäksi oleellinen transsukupuolisuutta institutionaalisesti määrittävä seikka Suomessa on laki transseksuaalin sukupuolen vahvistamisesta (Transseksuaalin sukupuolen vahvistamisesta annetun lain uudistamisen työryhmä 2015; Sosiaali- ja terveysministeriö 2002; Mattila ja Tinkanen 2015). Se asettaa täysi-ikäisyyden ja Suomen kansalaisuuden/pysyvän asuinpaikan lisäksi seuraavan keskeisen vaatimuksen:

Henkilö vahvistetaan kuuluvaksi vastakkaiseen sukupuoleen kuin mihin hänet on väestötietolaissa (507/1993) tarkoitettuun väestötietojärjestelmään merkitty, jos hän:

1) 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;

Lailla säädettyä sterilisaatiopakkoa ovat toistuvasti moittineet lukuisat ihmisoikeusjärjestöt ja bioetiikan toimijat niin koti- kuin ulkomaillaakin, mukaan lukien Suomen Lääkäriliitto (2014) ja Euroopan ihmisoikeuskomissio. Hyvistä yrityksistä huolimatta sterilisaatiopakkoa ei saatu poistetuksi vuonna 2017 voimaan tullessa uudessa nk. niin kutsutussa translainsäädännössä. Vaatimus siitä, ettei henkilö saa olla naimisissa tai rekisteröidyssä parisuhteessa sen sijaan poistui, mutta todennäköisesti ensisijaisesti siitä liitännäisyydestä, että samaa sukupuolta olevat ovat voineet solmia Suomessa avioliiton maaliskuusta 2017 alkaen. Näin ollen aviopuolison sukupuolenkorjausprosessi ei enää ole ongelma avioliittolainsäädännöllisesti, mitä se ennen oli.

⁵ Sukupuolidysforian kokemuksista ks. Kondelin 2017.

Niin kutsutun translain muutosta on vaadittu tuloksetta jo toista vuosikymmentä. Sosi-
aali- ja terveysministeriön asettama työryhmä (2015) on esittänyt, että olisi selvitettävä
mahdollisuutta muuttaa lainsäädäntöä siten, että henkilö voisi ilmoittaa tai tehdä hake-
muksen sukupuolensa vahvistamisesta väestötietoihin, jolloin rekisterimerkinnän muu-
tos voitaisiin tehdä ilman vaatimusta lääketieteellisen selvityksen antamisesta transsu-
kupuolisuudesta. Työryhmä esitti, että hakemuksen tekijän tulee olla täysi-ikäinen, mikä
on ongelmallista siltä kannalta, että moni transsukupuolinen henkilö kärsii sukupuoli-
dysforiasta jo hyvin nuorena, erityisesti murrosiässä. Vaikka trans-kysymysten lainsää-
dännön ongelmat eivät rajoitu vain sterilisaatiopakeroon, on se bioeettisesti vakavin on-
gelma siksi, että sen oikeuttavan logiikan voi kriittisimmillään nähdä ammentavan to-
distusvoimansa eugeniikasta jatkumona Suomessa vuonna 1935 säädetylle pakkosteri-
lointilaille (Honkasalo 2016; ks. myös Repo 2016).⁶

Transsukupuolisuuden juridinen diskurssi palauttaa sen lääketieteeseen vaatimalla hen-
kilöltä lääketieteellistä selvitystä eli todistusta sukupuoli-identiteetistään ja arkielämän
kokemuksistaan (vrt. Transseksuaalin sukupuolen vahvistamisesta annetun lain uudis-
tamisen työryhmä 2015). Mikäli lääketieteellisen korjausprosessin läpikäyminen sekä
erityisesti sukupuoli-identiteetin arvion ja tosielämäkokeen ”läpäiseminen” katsotaan
ainoaksi tavaksi todentaa nuo kokemukset parantaviin hoitoihin pääsemiseksi, on lääkä-
reiden valta trans-kokemuksen institutionaalisessa validisoinnissa lähes absoluuttinen.⁷

Juridisen sukupuolen muuttamista olisi eettisesti kestävämpää (ja epäilemättä myös lää-
ketieteellisesti mielekkäämpää) käsitellä lakiuudistustyöryhmän vuonna 2015 ehdotto-
maan tapaan henkilön autonomian piiriin kuuluvana asiana, jolloin sukupuolta muute-

⁶ Yli 4 000 ihmistä määrättiin pakkosteriloitaviksi sairautensa tai käytöksensä takia Suomessa vuosina
1935–1970. Mielisairauksien ja kehitysvammaisuuden lisäksi muun muassa prostituutiota, juoppoutta,
seksuaalirikollisuutta, poikkeavaksi miellettyä seksuaalisuutta ja sukupuolista ilmaisua sekä ”kulkevaa” ja
epäsosiaalista elämäntapaa pidettiin geneettisten ominaisuuksien aiheuttamina. Siksi nekin saattoivat joh-
taa pakkosterilointimääräyksiin, joilla oli tarkoitus estää ei-toivottujen ominaisuuksien periytyminen es-
tämällä niitä ilmentävien henkilöiden lisääntyminen. (Mattila 1997.).

⁷ Myös tästä näkökulmasta olisi oleellista tutkia sterilisaatiopakon ja sukelinkirurgian yhteyttä. Mieltä-
vätkö lääkärit yhtäläisyysmerkit transsukupuolisuuden ja sukelinkirurgian haluamisen välille? Kuinka
paljon omaa kehoa pitää vihata? Vaarantuuko henkilön hoito, mikäli hän ei halua sukelinkirurgiaa? Sig-
ne Bremerin (2013) haastattelemien transnaisten mukaan ainakin Ruotsissa niin saattaa käydä.

taan omalla ilmoituksella. Tämä käytäntö on voimassa esimerkiksi Yhdysvalloissa joissakin osavaltioissa ja Maltalla, jonka vuonna 2015 hyväksymää lakia sukupuoli-identiteetistä, sukupuolen ilmaisusta ja kehon sukupuoli-piirteistä sukupuolen moninaisuutta puolustavat ihmisoikeusjärjestöt kiittävät maailman parhaaksi.⁸

Miten sukupuolta arvioidaan eettisesti kestävästi ja miten henkilökohtainen sukupuoli-kokemus voidaan filosofisesti uskottavasti todistaa? Suomen nykykäytännössä muhii ratkaisematon mielenfilosofinen dilemma: miten on mahdollista esittää lääketieteellisiä todisteita henkilökohtaisesta kokemuksesta tai kokemuksesta ylipäänsä?

Kriittisesti tarkastellen voidaan nähdäkseni todeta, että nykymallissa arvioinnin kohteeksi määrittynyt selkeimmin cis-normatiiviseksi kalibroittujen sukupuoli-ilmaisun muotojen lääkärijohtoinen tarkastelu.⁹ Voidaan niin ikään todeta, että nykyisessä tilanteessa on lukuisia tekijöitä, jotka altistavat transsukupuoliset henkilöt bioetiikan neljän peruseriaatteen loukkauksille.

4. Intersukupuolisuuden hoito Suomessa: kriittisiä huomioita

Intersukupuolisuus on yleistermi ruumiille, jotka eivät fysiologisilta ominaisuuksiltaan sovi kahden sukupuolen malliin. Lääketieteessä intersukupuoliset tilat voidaan nähdä joko sukupuolen kehityksen häiriöinä (DSD) tai sukupuolen kehityksen, anatomian ja fysiologian luonnollisena vaihteluna (Feder 2014, 39, 40, 204). Joihinkin, joskaan ei läheskään kaikkiin, intersukupuolisiin tiloihin liittyy terveyttä uhkaavia seikkoja, jotka vaativat välitöntä hoitoa (Feder 2014; Parens 2006; Toriseva 2017; Tunstall ym. 2018).

⁸ Maltan ja Suomen käytänteiden yksityiskohtainen queer-bioeettinen vertailu olisikin epäilemättä hedelmällistä. On kuitenkin myös syytä huomata, että Maltalla on toisaalta bioeettisesti erittäin moitittava aborttilainsäädäntö. Edistyksellisyys yhdessä kysymyksessä ei siis välttämättä tarkoita edistyksellisyyttä toisessa.

⁹ Suhosen (2016) mukaan korjausprosessissa olevia henkilöitä arvioidaan jopa vaatteiden värivalintaa myöten. Punaista ja vaaleanpunaista pidetään feminiinisinä ja sinistä ja mustaa maskuliinisina väreinä. Vaikka etujärjestöt ja osa lääkäreistä ovat toistuvasti kritisoineet tällaisten ulkoisten seikkojen kirjaamista arviointeihin, ei käytäntö ole täysin poistunut. Esimerkiksi tämän artikkelin kirjoittaja on saanut luetta- vaksi ystävästään vuonna 2017 laaditun potilasdokumentin, jossa on väreihin liittyvä huomio (transmiehellä on vastaanotolla tullessa päässään punainen pipo).

Yleensä intersukupuolisuus diagnosoidaan pian syntymän jälkeen primääristen sukupuoliominaisuuksien (kuten genitaalien ulkonäön) perusteella, mutta intersukupuolisille lapsille tehdään niin kutsutun oikean sukupuolen määrittämiseksi myös muita tutkimuksia heidän yksilöllisen fysiologiansa cis-normatisoimiseksi (Feder 2014; Parens 2006; Morland 2012).

Suomessa intersukupuolisten lasten hoito on keskitetty viiteen yliopistosairaalaan, joista Helsingissä ja Oulussa toteutetaan kirurgiaa. Oulun yliopistollisessa sairaalassa kirurgisia operaatioita tehdään vain terveydellisistä syistä, Helsingissä jommankumman sukupuolen vahvistamiseksi. (ETENE 2016; Toriseva 2017.) Koska Suomessa ei toistaiseksi ole yhtenäistä hoito-ohjelmaa (Käypä hoito -suositusta), käytössä on kaksi erilaista intersukupuolisuuden hoitomallia. Mallia, jossa kirurgisia operaatioita tehdään määritetyn sukupuolen vahvistamiseksi, Roosa Toriseva (2017; vrt. myös Parens 2006; Feder 2014) kutsuu keinotekoisena normalisaation malliksi. Mallin, jossa kaikista tarpeettomista operaatioista pidättäydytään, kunnes henkilö voi itse ilmaista sellaisia mahdollisesti tahtovansa, voi nähdäkseni mieltää queer-bioeettiseksi malliksi. Jälkimmäistä mallia noudatetaan Oulun yliopistollisessa sairaalassa, missä vaaditaan kaikkien ei-terveydellisistä syistä tehtävien toimenpiteiden perustaksi intersukupuolisen henkilön omaa suostumusta. Lapselle on aina kuitenkin määriteltävä joko tytön tai pojan sukupuoli, koska Suomen laki niin vaatii. Ratkaiseva ero on, että Helsingissä tätä määritettyä sukupuolta aletaan heti ”vahvistaa” hoidoilla, Oulussa ei. (ETENE 2016; Toriseva 2017.)

Intersukupuolisten lasten asemaa sukupuolen moninaisuuden bioeettisenä kysymyksenä on syytä tarkastella vertaamalla sitä hetero- ja cis-normin toteuttavaan hoitokontekstiin. On lääketieteellisesti poikkeuksellista, että pienessä, vahvan valtiollisen säätelyn ja kattavan yliopistosairaanhoidon maassa voi olla samanaikaisesti käytössä kaksi täysin erilaista hoitomallia. Mistä ero voi johtua? Torisevan (2017) mukaan tilannetta selittää ennen kaikkea lääkäreiden jyrkästikin eriyvät mielipiteet siitä, mitä sukupuoli on. Toisaalta vaihtelu todistaa myös lääkäreiden keskeisestä roolista sukupuolen diskurssien määrittäjinä – halusivat he olla tässä roolissa tai eivät. Voidaan nähdäkseni leikkisästi mutta teoreettisesti täysin legitiimisti pohtia, mikä tekee lääkäreistä sukupuolen ammattilaisia; jos

jokin koulutus pätevoittää sukupuolen tutkimiseen, tuo oppiala on epäilemättä sukupuolentutkimus. Lääketieteen etiikan korkeimman profiilin toimijoilla ja sitä opettavilla henkilöillä ei välttämättä ole kantaa esimerkiksi siihen, mitä sukupuolen lääketieteessä ajatellaan olevan tai mitä siitä lääkärikoulutuksessa varsinaisesti opetetaan (Launis 2016/2017; Toriseva 2017).

Viimeaikainen kehitys Suomessa luo toiveita, että intersukupuolisuuden kansallinen hoito-ohjelma on rakenteilla Oulun eli queer-bioeettisesti kestävä mallin mukaan. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE (2016, 4) kehottaa pidättäytymään ulkoisia sukupuoliominaisuuksia muokkaavista toimenpiteistä ennen kuin intersukupuolinen henkilö on kyllin kypsä antamaan suostumuksensa niihin, sikäli kun hän haluaa toimenpiteitä lainkaan. Kansainvälisen tutkimuksen konsensus on sekä klinikoiden, kokemusasiantuntijoiden että eetikoiden suulla kehottanut jo noin 25 vuoden ajan luopumaan intersukupuolisten lasten sukuelinkirurgiasta (Parens 2006; Feder 2014; Morland 2012). Sukupuolen määrittämisen pakko on Suomessa kirjattu lakiin, sillä henkilötunnukset ovat sukupuolitettuja eli niiden määrittämiseen käytetään eri kaavaa miehille ja naisille. Ansiokkaassa lausunnossaan ETENE (2016) peräänkuuluttikin julkista keskustelua tämän käytännön mielekkyydestä. Laajemmin keskustelu kytkeytyy kritiikkiin juridisen sukupuolen määrittelemisestä ylipäänsä, ja etenkin määritelmän perustelemisesta lääketieteellä.

Myös suomalaisista intersukupuolisuuden kokemuksista tarvitaan kipeästi lisää empiristä tietoa. Intersukupuolisuuden aktivistien ja yhteisöjen kanssa yhteistyössä toteutettavan kokemusaineiston keruun lisäksi olisi syytä selvittää, miten trans- ja intersukupuolisuus risteävät ihmisten kokemuksissa silloin, kun henkilölle on syntymässä määritetty ja lääketieteellisillä, mahdollisesti traumaattisilla käytänteillä vahvistettu sukupuoli, joka saattaa aiheuttaa hänelle aikuisuudessa sukupuolidysforiaa (ks. Morris 2006; Aspinall 2006; Abelow Hedley 2006). Miten lääketieteellinen, cis- ja heteronormilla operoiva merkityksellistämisyjärjestelmä käsitteellistää intersukupuoliset henkilöt, joilla on sen omassa logiikassa transsukupuolisia haluja, kuitenkin niin, että nuo halut ovat seurausta lääketieteellisistä toimista? Transsukupuolisuuden ja intersukupuolisuuden

ilmiöiden erottaminen toisistaan ei siis ole niin yksinkertaista kuin diagnostiset kriteerit antavat ymmärtää. On kuitenkin myös syytä huomata, etteivät trans- ja intersukupuolisten henkilöiden hoitotarpeet ja -etiikka aina kulje käsi kädessä, vaan niitä tulee tutkia myös queer-bioeettisesti erillisinä ilmiöinä.

Intersukupuolisuuden tutkimusprojekteissa on nähdäkseni oleellista korostaa intersukupuolisten henkilöiden autonomian kunnioittamista sekä heidän kokemaansa hyvän tekemistä, pahan tekemisen välttämistä ja oikeudenmukaisuutta, sillä samoin kuin transukupuolisilla henkilöillä, cis-normiin sopimattomilla intersukupuolisilla ihmisillä on usein negatiivisia kokemuksia lääketieteestä ylipäänsä (Suhonen 2016; Nelson 1998; 2012; Morris 2006; Aspinall 2006; Abelow Hedley 2006). Myös Suomessa kaivataan yhteistyössä intersukupuolisuuden ihmisoikeusjärjestöjen kanssa kerättävää kokemustietoa, joka voisi osaltaan olla luomassa parempaa hoitoa. Nykyinen tilanne Suomessa altistaa intersukupuoliset henkilöt bioetiikan peruseräpäätösten loukkauksille.

5. ”Valtavirtabioetiikasta” queer-bioetiikkaan?

Trans- ja intersukupuolisten ihmisten negatiiviset potilaskokemukset ja rooli tiedon tuottajina pyritään yhä kiistämään bioetiikassa (Nelson 1998; 2012; Stryker 2006). Paradoksaalista kyllä, lääkärit kokevat usein toimivansa hyvántahtoisesti ja mahdollistavansa hyvän elämän tehdessään potilaitaan koskevia peruuttamattomia hoitopäätöksiä; valtaosa lääkäreistä esimerkiksi kokee antavansa potilailleen parasta mahdollista hoitoa suositellessaan cis-normatisoivaa kirurgiaa intersukupuoliselle lapselle (Hester 2004; Toriseva 2017). Oleellista on hahmottaa, että päätösten taustalla on ongelmallinen oletus hetero- ja cis-normatiivisuudesta hyvän elämän välttämättömänä ehtona (Toriseva 2017). Oletukselle ei ole empiirisiä tai moraalisia perusteita. Erityisesti trans- ja intersukupuolisuuden kokemustieto on kiistatta osoittanut, miten oletus kaventaa usein peruuttamattomasti ja tuhoavasti inhimillisen kukoistuksen ja sukupuolen monimuotoisuutta. (Wahlert ja Fiester 2014; Toriseva 2017; Feder 2014; Hester 2004; Marsh 2006; Morris 2006; Aspinall 2006; Abelow Hedley 2006; Nelson 1998; 2012; ETENE 2016). Näin ollen ainoa bioeettisesti kestävä ratkaisu tuntuisi olevan oletuksesta luopuminen. Luo-

puminen on välttämätön ehto sille, että bioetiikan peruseriaatteen voisivat todella toteutua LHBTQI-kysymyksissä. Cis- ja heteronormatiivisuuden sijaan sukupuolen ja seksuaalisuuden moninaisuuden bioeettinen ymmärrys voisi rakentua queer-bioetiikalle. Tarkastelen seuraavaksi queer-bioetiikan määritelmää, tavoitteita ja metodeja sekä hahmotelen sen yhteyksiä muuhun tutkimukseen. Oleellinen jännite on queer-bioetiikan ja niin kutsutun ”valtavirtabioetiikan” välillä, jonka voi mieltää cis- ja heteronormatiiviseksi bioetiikaksi. Tämä jako on kuitenkin pohjimmiltaan teoreettinen eikä täysin kategorinen; myös valtavirtabioetiikan piirissä on löydettävissä eletyn kokemuksen merkitystä moraalissa pohdinnassa korostavia äänenpainoja.

5.1. Mitä queer-bioetiikka on?

Yhtäältä queer-bioetiikalla tarkoitetaan LHBTQI-ihmisiin liittyviä erityisiä bioeettisiä kysymyksiä. Sellaisia ovat esimerkiksi juuri transsukupuolisuuden sukupuolen korjaamiseen ja intersukupuolisuuden sukupuolen määräytymiseen liittyvät juridis-medikaaliset käytänteet tai vaikkapa samaa sukupuolta olevien parien oikeus avusteiseen lisääntymiseen. Toisaalta queer-bioetiikalla tarkoitetaan metateoreettista kytköstä sukupuolen ja seksuaalisuuden kulttuurihistoriallisesti muotoutuneiden ja materiaalis-diskursiivisesti rakentuneiden, uudelleentuotettavien määritelmien haastamiseen, jossa keskeisiä analyysityökaluja ovat hetero- ja cis-normatiivisuuden käsitteet.

Queer-bioetiikalla on metodologisia ja metateoreettisia kytköksiä queer-teoriaan sekä feministiseen filosofiaan ja feministiseen bioetiikkaan.¹⁰ Näen sen jakavan sellaisen feministisen bioetiikan tavoitteet, joka pohjaa Anne Donchinin ja Laura M. Purdyn (1999, 2–6) *core feminismiksi* nimeämään asemointiin. Donchinin ja Holmesin ydinajatus on, että feministisen analyysin keskiössä on oikeudenmukaisuuden arviointi, mukaan lukien käsitteen itsensä avoin määrittely analyysin pohjaksi. (Donchin ja Holmes 1999, 2–6.) Oikeudenmukaisuuden kriittinen arviointi on oleellista siksikin, että se on bioeettinen

¹⁰ Queer-bioetiikan ja feministisen bioetiikan suhteesta ks. myös Sundenkaarne 2016.

perusperiaate, joka LHBTQI-potilashistoriaa ja nykyisyyttä tarkasteltaessa usein sivuutetaan kokonaan.¹¹

Queer-teoriasta ammentavana analyysimallina queer-bioetiikka käsittää säännönmukaisesti sukupuolet ja seksuaalisuudet monimuotoisina ilmiöinä ja suhtautuu normikriittisesti sekä hetero- että cis-normatiivisuuteen. Näitä kahta elementtiä voi pitää queer-bioeettisen analyysin lähtökohtina. Katson, että queer-bioeettisessä tutkimuksessa hetero- ja cis-normatiivisuuden kritiikki ovat välttämättömiä ehtoja. On nähdäkseni niin ikään syytä kysyä, miten sukupuolijärjestelmän ja heteronormatiivisuuden *a priori* -oletukset vaikuttavat paitsi LHBTQI-potilasidentiteettiin ja -subjektiuteen, myös siihen millaisia kysymyksenasetteluja, identiteettejä ja ruumiillisuuksia sekä sallitaan että osataan edes kuvitella (vrt. Powell ja Foglia 2014, 2-3; Wahlert ja Fiester 2014, 56–60).

Queer-bioetiikan pioneerien Lance Wahlertin ja Autumn Fiesterin (2012, iii) mukaan queer-bioetiikka tutkii sukupuolen ja seksuaalisen moninaisuuden kysymyksiä asettamalla seksuaali- ja sukupuoli-identiteetin bioeettisten analyysien keskeisiksi tulkintalähtökohdiksi purettaessa ja uudelleen neuvoteltaessa biologian ja lääketieteen määritelmiä normaaliudesta. Queer-bioetiikkaan liittyy oleellisesti eettisen arvioinnin elementti, sillä se tarkastelee kriittisesti olemassa olevia lääketieteellisiä käytänteitä sekä toiminta- ja tutkimustapoja. Lisään, että vaikka LHBTQI-sensitiiviset bioeettiset kysymyksenasettelut tulee nähdä muiden intersektionaalisten (ks. May 2015) positioiden verkossa, siis identiteettipoliittisesti kytkeytyneinä muihin yksilön kokemuksia ja mahdollisuuksia määrittäviin asetelmiin (kuten etnisyyteen tai sosio-ekonomiseen asemaan), on myös puhtaasti LHBTQI-erityinen tutkimus oleellista, sillä se pystyy artikuloimaan nimenomaan sitä systeemistä hetero- ja cis-normatiivisuutta, joka luo pohjan syrjiville käytän-teille. Yhdyn Wahlertin ja Fiesterin (2012, iii–iv) määritelmään queer-bioetiikan tavoit-

¹¹ Tarkoitan, että autonomiaan liittyvät suostumuskysymykset ovat usein monien mielestä tyydyttävästi ratkaistavissa vanhempien ja lääkärin suostumuksella. Hyvän tekeminen ja pahan tekemisen välttäminen taas ovat kunkin hoitavan tahon itsearvioinnin varassa ja niitä pohditaan liian harvoin kokonaisvaltaisesti ja suhteessa toisiinsa esimerkiksi sukupuolenkorjaushoitoja evättäessä. Oikeudenmukaisuuteen sen sijaan otetaan kantaa harvoin. On oleellista hahmottaa, että hetero- ja cis-normatiivisuus vääristää väistämättä kaikkiin periaatteisiin liittyvää eettistä pohdintaa, jos niitä ei eksplisiittisesti kyseenalaisteta.

teista: queer-bioetiikka haluaa nostaa ”vähemmistökysymykset” enemmistön silmien eteen, kyseenalaistaa vallitsevia merkityksellistämistäjärjestelmiä ja normatiivisuuden oikeutusta, luoda rohkeita poikkiteollisia yhteyksiä sekä rakentaa vastarintastrategioita syrjiville ja epäoikeudenmukaisille käytänteille niin potilas–lääkäri-kohtaamisissa kuin järjestelmä- ja tutkimustasollakin. Wahlert ja Fiester myös näkevät queer-bioetiikan olevan moraaliteoria. (Wahlert ja Fiester 2012, iii–iv.) Suhtaudun queer-bioetiikan moraaliteoreettiseen potentiaaliin myönteisesti ja kannatan sen jatkokehittelyä. Moraaliteorian sen olisi pystyttävä nimeämään, ratkomaan ja selittämään niitä oikeudenmukaisuuteen – tai pikemminkin epäoikeudenmukaisuuksiin – johtavia käytänteitä, jotka kumpuavat ideologisesta hetero- ja cis-normatiivisuudesta eivätkä vastaa inhimillisen eletyn kokemuksen monimuotoisuutta.

5.2. *Queer-bioetiikka ja suomalainen tutkimuskenttä*

Suomessa on viime vuosina alettu tehdä queer-bioeettistä tutkimusta (vrt. Junnonaho 2014; Sudenkaarne 2018; Kähkönen ja Sudenkaarne 2018). Tämä ei toki tarkoita, etteikö Suomessa olisi aiemmin pohdittu LHBTQI-erityisiä, bioetiikankin aiheisiin liittyviä kysymyksenasetteluita. Yksittäisten tutkijoiden ja kansalaisaktivistien lisäksi kriittistä tietoa ja tukea ovat tarjonneet erityisesti potilasetujärjestö Trasek (2017) ja Transtukupiipite (2017).

Koska homoseksuaalisuus sellaisenaan poistui psykiatrisesta tautiluokituksista 1981¹² (sen oltua sitä ennen rikoslaissa sanktioitua 1889–1971), ovat homouden ja lesbouden määritelmät olleet Suomessa institutionaalisesti sidoksissa kahteen biovallankäyttäjärjestelmään: toisaalta kriminaali- ja toisaalta terveystalitiikkaan. Homouden ja lääketieteen suhdetta monimutkaisti ja syvensi 1980-luvun HIV/AIDS-epidemia, -paniikki ja -syrjintä. Ihmisten arkikokemukset ovat kuitenkin aina rakentuneet monimuotoisina.

¹² Erilaiset tautiluokitukset kuten ICD tuntevat kuitenkin vielä erinäisiä seksuaalisen käyttäytymisen häiriöitä, joihin voi liittyä homoseksuaalista kohteenvallintaa. Homoseksuaalisuus sinällään on kuitenkin poistunut sekä ICD- että DSM-tautiluokituksista *Anomaliae Sexualis* -mielessä.

(Juvonen 2002; Mustola ja Pakkanen 2007, 18–34; Stålström 1997, 16; vrt. myös Hirschfeld 1954.) Vaikka lesbous oli lääketieteen virallisessa diskurssissa homoutta vai-
eumpaa, myös se rakentui sairauden ja perversion käsitteille (Juvonen 2002; Mustola ja
Pakkanen 2007; vrt. myös Hirschfeld 1954). Lesbouden diskursseihin kytkeytyivät li-
säksi feministisen liikkeen debatit naiseuden suhteesta lisääntymiseen, äitiyteen ja
uusintamiseen (ja erityisesti niin kutsuttu pakkoheteroseksuaalisuuden kritiikki) (Lappa-
lainen 1996, 216–220). On syytä panna merkille, että homoseksuaalisuuden sairauslei-
man historiaa ja purkamista käsitelleestä Olli Stålströmin (1997) empiiristä aineistoa ja
psykiatrian, erityisesti psykoanalyysin, kritiikkiä yhdistäneestä väitöskirjasta nousi vielä
uuden vuosituhaten aattona Suomessa oikeusjupakka, joka vei vuosia (Juvonen ja
Vuori 2000).

Queer-bioetiikka kytkeytyy myös transtutkimukseen, joka on 2000-luvulla etabloitunut
tieteenala¹³. Edellä esittämäni kaltainen transmedikalisaation kritiikki on pitkään ollut
osa sen kulttuuri- ja yhteiskuntatieteellistä tutkimusasetelmaa. Tieteenalan vaikutusval-
taisimpiin tutkijoihin kuuluva Susan Stryker (2006, 13–14) määrittelee lääketieteelli-
sen tiedontuotannon transtutkimuksen pääasialliseksi kohteeksi. Strykerille transtutki-
mus on ennen kaikkea queer-teorialle analoginen ja rinnakkainen hanke; jakaahan se
queertutkimuksen kanssa saman ajallisen ja historiallisen kontekstin lisäksi samoja me-
todologisia ja teoreettisia lähtökohtia sekä poliittisia tavoitteita sukupuolen ja seksuaali-
suuden normatiivisuuden kritiikissä ja erillisten identiteettikategorioiden haastamisessa.
Strykerin ja bioetikko Jamie Nelsonin (1998; 2012), joka on itse transnainen, kaltaiset
tutkija-aktivistit vaativat sen tunnustamista, että merkittävä osa lääketieteen kentästä on
sulkenut – ja sulkee yhä – ulos LHBTQI-kentän saavutukset. Lisäksi he vaativat muu-
tosta asiaan. Voidaan kuitenkin havaita, että 1990-luvulta lähtien lääketieteen edustajat
ovat olleet valmiita esimerkiksi kehittämään sukupuolenkorjaushoitoja joustavammiksi
(Kähkönen ja Wickman 2013). Myös suomalaisten lääkärien joukosta löytyy sukupuolen
ei-binäärisesti ymmärtäviä lääkäreitä (Mattila 2010; Toriseva 2017). Kuten todettua,

¹³ Suomalaisesta transtutkimuksesta ks. esim. Wickman 2001; Tainio 2013; Kondelin 2017.

viralliset trans- ja intersukupuolisuuden hoitodiskurssit ovat kuitenkin luonteeltaan hetero- ja cis-normatiivisia.

Lotta Kähkönen ja Jan Wikman (2013) peräänkuuluttavat, että kokemusten moninaisuuden huomioiminen on erityisen tärkeä periaate transkysymyksiin liittyvässä tutkimuksessa. Käsitteemme ja tietomme sukupuolen moninaisuudesta ovat edelleen rajallisia suhteessa olemassa olevien kokemusten kirjoon. Kysymys sukupuolesta ja erilaisista sukupuolen kokemuksista on muuttuva ja moninainen. Sukupuolta ei voida lopullisesti ratkaista tai selvittää. Tarvitsemme lisää tietoa sukupuolen moninaisuuden kokemuksista. Samalla tulee tarkastella kriittisesti sellaisia käytäntöjä ja tiedontuottamista, jotka ohittavat sukupuolen moninaisuuden ja pyrkivät ylläpitämään ajatusta sukupuolen kahtiajaosta vakaana. Tämä vaatii entistä kriittisempää tietoisuutta sukupuolen ja seksuaalisuuden käsitteellistämiseen liittyvän ajattelun rajoituksista ja itsestäänselvyyksistä. (Kähkönen ja Wikman 2013, vii.) Koska queer-bioetiikka jakaa kaikki nämä tiedonintressit (Wahlert ja Fiester 2012, iii–iv; 2014, S62), katson sen olevan omiaan täydentämään ja tukemaan transtutkimuksen näkökulmia suhteessa lääketieteen etiikkaan.

Jo paikkansa vakiinnuttaneiden homo- ja lesbotutkimuksen sekä uudemman transtutkimuksen traditioiden lisäksi katson queer-bioetiikan kytkeytyvän myös suomalaisen feministiseen tieteentutkimukseen.¹⁴ Nähdäkseni monet kysymyksenasettelut, jotka täällä käydään feministisen tieteentutkimuksen alla, mielletään angloamerikkalaisessa kontekstissa feministiseksi bioetiikaksi. Tällä en kuitenkaan tarkoita, etteikö molempiin tutkimusaloihin voisi ankkuroitua yhtä aikaa tai että ne olisivat välttämättä vastakkaisia (vaikka voivat olla) (ks. esim. Meskus 2009 vrt. Franklin 2013; Irni 2014; Homanen 2014). Sari Irni, Mianna Meskus ja Venla Oikkonen (2014) määrittelevät kolme lähtökohtaa feministiselle tieteentutkimukselle. Niistä ensimmäinen on oletus, että luonnontieteellinen tiedontuotanto on aina kulttuurista ja sosiaalista toimintaa. Luonnontieteet kuten lääketiede eivät siis tapahdu historiattomassa, kulttuurista vapaassa tyhjiössä, jos-

¹⁴ Queerin ja feministisen tieteentutkimuksen suhde voi kuitenkin myös olla jännitteinen (ks. esim. Landström 2007).

sa totuudet ikään kuin löydetään luonnosta, vaan ne tehdään aivan samaan tapaan kuin muussakin yhteiskunnallisessa tiedontuotannossa. Toinen yhteinen lähtökohta on tiedon sukupuolittuneisuus sekä historiallisesti että nykypäivän hienovaraisemmissa prosesseissa; naiset, etniset vähemmistöt ja LHBTQI-paikantuvat tekevät tiedettä, mutta tieteen tekeminen kiinnittyy yhä usein ruumiista ja tunteista (näennäisesti irrotettuun), maskuliiniseksi määrittävään toimijuuteen. Tieteelliseen tietoon liittyvä asiantuntijuus on myös sukupuolittunutta. Kolmanneksi ja nähdäkseni queer-bioeettisesti erityisen puhuttelevasti Irni, Meskus ja Oikkonen nostavat keskiöön eettisen tavan käydä tieteenvälistä keskustelua. Heidän mukaansa eettisessä lähestymistavassa paneudutaan käsiteltyihin tieteenaloihin vakavasti, pyrkien välttämään ulkopuolelta esitettyä, perustelematonta kritiikkiä. (Irni, Meskus ja Oikkonen 2014, 10–11). Tämä tukee käsitystä, että lääketieteen biodiskurssit eivät ole ikuisia ja aina määritelmällisesti alistuksen välineitä, vaan että niitä voi muuttaa ja käyttää eettisemmin. Eettinen lähestymistapa vaatii nähdäkseni myös moraalisia arvostelemlia vääristävien, perusteettomien eettis-episteemisten oletusten, kuten cis- ja heteronormatiivisuuden, hylkäämistä älyllisen ja moraalisen rehellisyyden lisäämiseksi.

5.3. *Queer-bioeettinen arviointilista*

Lance Wahlert (2016) kuvaa queer-bioetiikan metodologiaa sukupuoli-identiteetin, seksuaalisuuden ja bioetiikan risteyskohtien tutkimiseksi. Queer-bioetiikan keskeistä tutkimusalaa ovat LHBTQI-henkilöiden ja lääketieteen instituutioiden kohtaamisista nousevat bioeettiset haasteet. Queer-bioeettisen metodin ytimessä on perinteisten bioeettisten kysymystenasetteluiden tarkastelu queer-näkökulmasta, *queering bioethics*¹⁵. Tällöin tulee kysyä yhtäältä, miten bioeettinen normi/käytäntö/periaate x vaikuttaa queer-henkilöihin ja toisaalta, miten queer-läsnäolo vaikuttaa bioetiikkaan. *Queering bioethics* on queer-aktivismiin, queer-teorian ja queer-identiteetin soveltamista bioetiikkaan. (Wahlert 2016.)

¹⁵ Metodien soveltamisesta ks. esim. Sudenkaarne (tulossa).

Wahlertin (2016) mukaan bioetiikka parantaa LHBTQI-ihmisten lääketieteellistä kohtaamista kolmella alueella. Kliinisessä työssä queer-bioetiikka haluaa vakiinnuttaa queer-identiteetin keskeiseksi marginaalisuuden sijaan. Se haluaa myös osoittaa sen arvokkaaksi ei-toivottavuuden sijaan, vaatii queer-yhteisöjen huomioimista tasavertaisina sekä purkaa yleistyksiä ja stigmatisointeja. Aktiivisen palveluntarjonnan näkökulmasta queer-bioetiikka voi auttaa paikantamaan LHBTQI-erityisiä tarpeita, esimerkiksi matalan kynnyksen psykologista neuvontaa cis- ja heteronormiin sopimattomien kokemusten kanssa kipuileville kuitenkin niin, että neuvonta ei rakennu cis- ja heteronormiin painostamiselle. LHBTQI-ihmisten hoidon jatkuvuuden tulee toteutua ja hoidon tulee rakentua luottamukselle epäilyn ja kontrolloinnin sijaan. Queer-bioeettinen analyysi tulee nähdä kliinistä koulutusta rikastuttavana: queer-bioetiikka etsii tapoja mahdollistaa queer-henkilöiden ja heidän perheidensä kuulumisen bioeettiseen kaanoniin häivyttämättä ristiriitoja, joita queer-identiteetin ja lääketieteen etiikan kohtaamisesta voi seurata. (Wahlert 2016.) Oleellinen työkalu näiden tavoitteiden saavuttamisessa on Wahlertin ja Fiesterin (2014, 62) kehittämä queer-bioeettinen arviointilista (*The Queer Bioethics Inventory*):¹⁶

- Does the case in question honor the diversity of families and relationships across and within the LGBT population; or, alternatively, does it prioritize heterosexual marriage or the heteronormative family of origin?
- Has the case implicitly or explicitly made value judgments about types of sexual relationships: same-sex, cross-sex, monogamous, open, or promiscuous?
- Has the scenario of the case conflated "safe" or "safer" sex with monogamy or abstinence?
- Does the case patronize the LGBT individual by pitying (or overly sentimentalizing) the queer subject?
- Are the queer roles in the case mere LGBT stereotypes or overgeneralizations?
- Has the case infantilized the queer parties? Could the case substitute an adult, straight, gender-conforming male or female and still be coherent?
- Does the case omit, exclude, or dismiss important characters—such as partners, lovers, or caregivers?

¹⁶ **Listan saatteessa Wahlert ja Fiester (2014, 62) kirjoittavat:** "Given that even the most sympathetic and well-intentioned cases that include either LGBT persons or queer-related content can play into (rather than redress) longstanding biases about sexuality and gender nonconformity in science and medicine, this inventory provides a set of questions to better scrutinize the efficacy, legitimacy, and impartiality of the cases we use in bioethics. While by no means exhaustive, the list of questions helps us to better attend to the unique needs of LGBT parties in the clinic and in the biosciences by dwelling, not merely on the presence of queer people in bioethics cases, but (perhaps more importantly) on the need for decidedly non-normative and truly queer forms of analysis."

- Is there a heteronormative value hierarchy in the case that gives priority to some voices over others?
- Does the case allow itself to be "dequeered" and still have ethical or clinical relevance? If not, does the queer nature of the case justify or disqualify it as worthy of legitimate study?
- Are both the nonqueer and queer subjects treated as equally important and valid?
- Does the case function as a type of bioethical voyeurism, overly scrutinizing the sexual or lifestyle choices of queer persons beyond clinical or ethical relevance?
- Have unsympathetic and immaterial details about the queer subjects been included, resulting in bias against them?
- Does the case respect the queer person's choice and rationale to remain closeted or protective of queer health information?
- Are non-normative bodies appreciated as legitimate, appropriate, and neutral?

Muodollinen integraatio tai näennäinen suvaitsevaisuus ei riitä poistamaan LHBTQI-henkilöiden syrjintää lääketieteellisissä kohtaamisissa (ks. Dean ym. 2016), saati taakkaamaan bioeettisen oikeudenmukaisuuden toteutumista LHBTQI-kysymyksissä. Koska jopa hyvää tarkoittavat, eriarvoisuutta purkamaan pyrkivät LHBTQI-tapausanalyysit saattavat lisätä cis- ja heteronormista poikkeamisen stigmaa, Wahlert ja Fiester (2014, S62) pyrkivät arviointilistan kysymyksillä luomaan metodologian epäkohtiin puuttumiselle. Kysymyksiä voi käyttää niin kliinisen työn arvioimiseen kuin bioeettisen tutkimuksen meta-analyysiin. Kysymykset käsittelevät esimerkiksi seksuaalisen käyttäytymisen muotojen ideologista arvottamista, sopimatonta kiinnostusta queer-identiteettiä kohtaan, erilaisen ruumiillisuuden arvostamista ja LHBTQI-yleistykseen vetoamista. Käytännöllisenä ja teoreettisena työkaluna arvioinnin tarkoitus on vastata nykyistä paremmin LHBTQI-henkilöiden kliinisiin ja biotieteellisiin tarpeisiin. Vaikka sen subjekti on queer-henkilö, on arvioinnin tarkoitus ennen kaikkea luoda queer-analyysin kategorioita, ei vain integroida LHBTQI-läsnäoloa olemassa oleviin analyysihin.

En tässä artikkelissa sovelta listaa tapausesimerkkeihin. Haluan pohjustaa queer-bioetiikan ja valtavirtabioetiikan suhteen tarkastelua esittelemällä listan kotimaiselle tutkimuskentälle ja tarjoamalla siitä joitakin alustavia huomioitani, joiden toivon innostavan kehittämään arviointia edelleen ja soveltamaan sitä.

Arvion kaksoiskäyttötarkoitus liittyy yhtäältä bioetiikan tutkimuskentän metodiin, joka on analysoida konkreettisista tapauksista nousevaa problematiikkaa – tosielämän (bio)eettisiin tilanteisiin ja lääketieteellisiin ilmiöihin. Ajatus on, että tällaisia kysymyksenasetteluja seuraamalla on mahdollista päästä abstraktien moraalifilosofisten pohdintojen äärelle. Toisaalta Wahlert ja Fiester tavoittelevat kysymyksillä metaetiikkaa, moraalisten periaatteiden ontologista rakentumista bioetiikassa. Esimerkkinä bioeettisten periaatteiden puolueellisuudesta he tarkastelevat Beauchampin ja Childressin bioetiikan peruseriaatteiden klassikkoteoksen vuonna 1979 julkaistua ensimmäistä editiota (2014, 56–57). Beauchamp ja Childress käsittelivät homoseksuaalisuutta epäeettisellä ja tieteellisesti epäilyttävällä tavalla, minkä voi Wahlertin ja Fiesterin (2014, 56–57) mukaan nähdä yhtenä paaluna bioetiikan hetenormatiivisessa perustassa (ks. myös Nelson 2012, 256; Hale 2007). Oleellista on hahmottaa, että eettinen epäoikeudenmukaisuus kumpuaa laajemmasta hetero- ja cis-normatiivisesta taustafilosofiasta, jota J.R. Latham (2016) kutsuu kliinisten käytänteiden ontologiseksi politiikaksi. Queer-bioeettinen arviointilista on siis kokoelma eräänlaisia eettisiä täsmätestejä, työkaluja joilla konkreettisesti tarttua hetero- ja cis-normatiivisuuteen.

Niin kutsuttu valtavirtabioetiikka on pyrkinyt vastaamaan edellä esitettyyn kritiikkiin leimaamalla sen ”vähemmistökritiikiksi.” Sen tarjoamat ratkaisut ovat usein muodollisesti päteviä mutta sisällöllisesti vaihtelevia. Uudempiin Beauchampin ja Childressin kirjan editioihin on pyritty ottamaan mukaan esimerkiksi feminististä bioetiikkaa (ks. esim. 2009, 36; 103; 376). Bioetiikan homo- ja transfobista¹⁷ historiaa tai LHBTQI-bioetiikan saavutuksia ei kuitenkaan mainita lainkaan. Feministisen bioetiikan substanssia käsitellään viitteellisesti ja teorioista näyttävät valikoituneen mukaan erityisesti sellaiset, jotka sopivat hetero- ja cis-normatiivisiin oletuksiin, kuten huolenpidon etiikka.¹⁸

¹⁷ Transfobia vrt. homofobia (Seta 2016; Trasek 2016).

¹⁸ Huolenpidon etiikasta ks. Held 2005; nais erityisyyden, esim. äitiyden, käytöstä etiikassa stereotyyppejä purkaen ks. Rawlinson 2016; feministisen bioetiikan ja valtavirtabioetiikan suhteesta ks. Lindemann 2007 ja Sudenkaarne 2016.

Seksuaalisuuden ja sukupuolen kysymysten käsittelyyn valtavirtabioetiikassa tuntuisi pätevän jännite, joka on historiallisesti rakentunut patriarkaalisen tiedontuottajasubjektin ja sen kohteiden, toisten, tarkastelun välille: peruseriaatteisiin vetoaminen ei paranna marginalisoitujen asemaa niin kauan kuin itse peruseriaatteiden teoreettista rakentamista ei pureta ja uudisteta. Becky Holmesin mukaan (1999) tämä pätee sekä yksilöidentiteetteihin että poikkeaviksi määriteltyihin ryhmiin, kuten naisiin tai LHBQTQI-ihmisiin:

Periaatteellinen puhe lääketieteen piirissä vähän vaikutusvaltaa omaavien ryhmien aseman parantamisesta ei ole konkretisoitunut todelliseksi voimaantumiseksi: sanan ”naiset” lisääminen ei ole parantanut reseptiä, eikä tällä reseptillä paranneta bioetiikkaa. (Holmes 1999, 46)

Queer-bioeettisen arviointilistan käyttämisen ilmeisin ongelma on sen vaativuus. Jos potilaskohtaamisia tulee analysoida kaikkien arviointilistan kysymysten kautta, ja jos lisäksi otetaan huomioon, että Wahlert ja Fiester (2014, S62) kehottavat pohtimaan uusia kysymyksiä, on vaatimus eettisesti ja ajankäytöllisesti raskas. Tämänkaltainen tulkinta on kuitenkin harhaanjohtava. Wahlert ja Fiester ohjeistavat valitsemaan kysymyksistä ne, jotka kussakin kontekstissa nousevat tärkeimmiksi LHBQTQI-potilaan/asiakkaan -näkökulmasta (2014, S63). Arviointilistan hylkääminen siksi, että sen käyttö on ajankäytöllisesti ja eettisesti haastavaa, on nuiva pohja minkäänlaiselle etiikalle.

Toinen queer-bioeettisen arviointilistan potentiaalinen ongelma on termin queer käyttö-ala ja arvion suomentaminen. Miten queer tulisi arvion yhteydessä kääntää? Jos queer on tässä yhteydessä LHBQTQI:n yläkäsite, pakotetaanko sen piiriin sellaiset, jotka eivät sinne halua ja toisaalta vieraannuttaako sen käyttö niitä, joille termi on tuntematon, ambivalentti tai tutumpi pejoratiivisessa käyttömuodossaan? Oma oksymoroninsa on Wahlertin ja Fiesterin ajatus siitä, että lista on epänormatiivista mutta ”todellista” queer-analyysiä. Miten ollaan todella queer tai tehdään todellista queer-analyysiä? Asettaessaan

epänormatiivisuuden perustaksi ”aidolle” queer-analyysille erotukseksi epäaidosta luodaan queer-normatiivisuutta. Onko ylipäätään mahdollista tuomita tai edes hahmottaa epäoikeudenmukaisuuksia ja epäeettisyyttä ilman minkäänlaista normatiivisuutta? Olen taipuvainen ajattelemaan Becky Holmesin (1999) ja Anne Donchinin tavoin, että on oltava yleistettäviä moraalisia periaatteita, ne vain tulee uudelleen muodostaa oikeudenmukaisemmalta teoreettiselta pohjalta (2001, 367, 382–383). Periaatteisiin tuudittautuminen ei kuitenkaan koskaan saa korvata jatkuvan, kriittisen, rehellisen eettisen analyysin velvoitetta, jonka tulee sisältää myös omien etuoikeuksien tarkastelu ja päämäärien avoimuus, esimerkiksi cis- ja heteronormatiivisuuden eksplikointi.

5.4 Kohti eletyn kokemuksen bioetiikkaa

Jamie Nelson (1998¹⁹; 2012) on seurannut sukupuolen moninaisuuden bioeettistä keskustelua vuosikymmeniä. Vuonna 1998 julkaistussa transsukupuolisuuden bioetiikkaa käsittelevässä artikkelissaan, joka oli lajissaan ensimmäisiä, hän toivoi, että bioetiikassa alettaisiin laajemmin keskustella transsukupuolisuuden kysymyksistä – diagnostisesta sanastosta, hoidosta ja politiikasta – nimenomaisesti moraalisella, normatiivisella tasolla. Hän visioi, että juuri bioetiikka voisi tuoda normatiivisuuden tarkasteluun syvyyttä, jota olisi välttämättä löydyttävä sukupuolen ja vallan humanistis-yhteiskunnallisten analyyysien rinnalle silloin, kun keskustellaan käyvästä hoidosta.

Tässä artikkelissa aiemmin esitettyjen alustavien trans- ja intersukupuolisuusanalyysien tapaan Nelson (1998) tarkasteli erilaisia transsukupuolisuuteen liittyviä hoitokonstruktioita ja osoitti, miten monella tavalla sukupuolen moninaisuuden kysymykset ovat bioeettisesti paitsi kiinnostavia myös sivuutettuja, mistä seuraa epäoikeudenmukaisia hoitokäytänteitä ja epäkunnioittavaa kohtelua. Vuonna 2012 hän palasi samoihin kysymyksiin ja joutui pettymyksekseen toteamaan, ettei bioeettinen tutkimus ollut kehittynyt hä-

¹⁹ Artikkelin ilmestyi homo- ja lesbotutkimuksen *Gay and Lesbian Quarterly* (nyk. *GLQ: A Journal of Lesbian and Gay Studies*) -lehden transsukupuolisuuden teemanumerossa, joka oli ensimmäisiä tälle kysymykselle omistettuja kokoomajulkaisuja. Jatkoartikkeli julkaistiin *Journal of Bioethical Inquiry* -lehdessä, minkä voi osaltaan nähdä kuvastavan sukupuolen ja seksuaalisen moninaisuuden kysymysten tarkastelun vaatimatonta valtavirtaistumista.

nen toivomallaan tavalla. Nelsonin (2012) mukaan transsukupuolisuuden ja ylipäänsä sukupuolen normatiivisuudesta käytiin yhä vähän keskustelua bioetiikan sisällä. Lisäksi keskustelu oli, ja on osin yhä, moraalisesti alkeellista. Alkeellisuudella hän viittaa sekä normatiivisuuden ymmärtämiseen että tapaan, jolla transsukupuolisia ihmisiä lääketieteen etiikassa kohdellaan, mitä hän sekä bioetikkona että queer-henkilönä (transnaisena) pitää loukkaavana ja alentavana. (Nelson 2012, 251.)²⁰ Oleellista on huomata, kuten Nelsonkin painottaa, että käytänteiden epäeettisyys käy ilmeiseksi pelkästään vertaamalla niitä muihin seksuaalisuuden ja sukupuolen kysymyksiin, jotka kuitenkin noudattavat cis- ja heteronormia, esimerkiksi kysymykseen vasektomiasta.²¹ Wahlert ja Fiester (2012, iii) kehottavatkin tarkastelemaan queer-bioeettisen arviointilistan kautta myös bioetiikan klassisia tutkimusaiheita ja kansanterveyden peruskysymyksiä, joissa ei näennäisesti ole LHBTQI-problematiikkaa, sen paljastamiseksi, miten queer-läsnäolo, -tulkinnat ja -erityisyydet muuttavat käsityksiämme bioetiikan ja biotieteiden perusteista.

Nelson (2012, 258) toteaa, että hyvistä yrityksistä ja hyvästä tahdosta huolimatta sukupuolen moninaisuuden kysymyksiä ei bioetiikassa vielääkään juuri käsitellä ja esimerkiksi transsukupuolisia potilaita kohdellaan yhä alentavasti. Hän toteaa, että nämä kysymykset ja tämä epäkohta voisivat toimia kallisarvoisena bioeettisenä havaintoaineistona teorian ja käytännön vaikutuksista toisiinsa ja lopulta konkreettisesti ihmiselämään ja -ruumiisiin. Sukupuolen moninaisuuden tai vaihtelun bioeettinen tarkastelu sekä sukupuoleltaan moninaisten kohtelu bioetiikassa pakottavat pohtimaan bioetiikan itsensä etiikkaa:

Sukupuolen moninaisuus näkyy ihmisten jokapäiväisessä elämässä. Heidän vaatimuksensa kunnioittavasta kohtelusta täytyy ottaa vakavasti muodollisen huomioimisen sijaan. Vaikka emme tapaa sitä myöntää, niin bioetikot kuin kliinisessä työssäkin toimivat saattavat, usein vastoin tahtoaan, kohdella ihmisiä kaltoin. Sukupuolen moninaisuuden luonteen pohtiminen sekä sukupuolen moninaisuuden

²⁰ Nelson ei tässä nimenomaisessa artikkelissa viittaa suoraan omaan queer-identiteettiinsä transnaisena. Hän on kuitenkin kirjoittanut siitä muualla (Nelson 2014).

²¹ Suomen oloissa mielenkiintoinen vertailu olisi esimerkiksi tarkastella transsukupuolisen henkilön lisääntymiskyvyttömyysvaatimusta ja vapaaehtoisesti lapsettoman cis-naisen toivetta kohdunpoistosta, jonka saamisen ehtona 30 vuoden ikä tai kolmen lapsen synnyttäminen.

kohtaamisen eettiset kysymykset terveydenhuollossa voivat johtaa hedelmällisiin pohdintoihin bioetiikan itsensä ja sen tekemisen luonteesta.²²
(Nelson 2012, 259; käännös artikkelin kirjoittajan.)

Arthur Kleinmanin mukaan bioetiikka tieteenalana joutuukin vastaamaan hyvin vaikeaan kysymykseen: kuinka sovittaa yhteen suuri sosiaalisten ja yksilöominaisuuksien vaihtelu, joka muokkaa ihmisen moraalista todellisuutta, sekä tarve löytää yleisiä standardeja, joilla hahmottaa, arvioida ja vertailla noita todellisuuksia (1999, 70–71).

Kleinmanin mukaan filosofisesta näkökulmasta bioetiikkaa tekeville ongelma saattaa näyttäytyä yhtenä ilmentymänä universalismi versus partikularismi -kysymyksestä, jota voi pitää kismittävänä, ikuisena rajankäyntinä. Käytännössä klinikoilla ja hoitosuositusten laatijoilla on kuitenkin oltava jonkinlainen tyydyttävä vastaus tähän kysymykseen, jolla he työnsä perustelevat. Katherine Down mukaan Kleinmanin tarkastelussa kiinnostavaa on erityisesti ajatus, että bioetiikan analyysien, politiikkojen ja käytänteiden oikeutusta tulisi tarkastella suhteessa muuhun yhteiskuntatieteelliseen tietoon siten, että sillä joko vahvistetaan tai heikennetään niiden oikeutusta (2016, 14). Down ja Kleinmanin mukaan bioetiikasta tulee tällä kytköksellä vahvempaa – eettisesti kestävämpää.

Dow (2016, 15) kritisoi bioetiikkaan sisäänrakentunutta yksilökeskeisyyttä ja toteaa, ettei sen etiikkakäsityksessä useinkaan ole sijaa yhteisöllisyyden kokemuksille ja niiden kautta ilmeneville arvoille. Hän katsoo, että yksilökeskeisyys liittyy laajemmin oletukseen länsimaalaisista leimallisesti oman edun tavoittelijoina. Dowlle tämä jännite paljastaa, että etiikka ymmärretään yhtäältä jatkuvana itseilmaisuprosessina, elettyinä käytänteinä, ja toisaalta periaatteina, jotka ohjaavat erityisesti tietyssä ammatissa toimimis-

²² “Gender variance makes itself manifest in the lives of people whose claim to respect perhaps needs more than a perfunctory acknowledgment. While we do not customarily admit it, bioethicists resemble their clinical colleagues in that bioethical professional practice can, contrary to intent, also wrong others. Thinking about the nature of gender variance and the ethics of how health care responds to it may be a fruitful context for thinking about the nature of bioethics and the ethics of how we do it.”

ta. Down mukaan bioetiikan periaatteiden nostaminen käytäntöjen yläpuolelle saattaa jättää huomiotta periaatteiden kontekstisidonnaisen rakentumisen; vaikka esimerkiksi intersukupuolisen lapsen ruumista kirurgialla ”normalisoiva” lääkäri kokisi noudattavansa työssään aina oikeudenmukaisuuden periaatetta (vrt. Toriseva 2017), lääkäriellä ei välttämättä ole syvällistä näkemystä bioeettisen oikeudenmukaisuuden käsitteen sisällöstä muutoin kuin että se vastaa hoitosuosituksia tai käypää tapaa sekä lakia. Tämä ei kuitenkaan välttämättä vastaa tietyn potilasryhmän, vaikkapa intersukupuolisten ihmisoikeusjärjestöjen, käsityksiä tai kokemuksia oikeudenmukaisuudesta. Siksi tarvitaan elettyyn kokemukseen paikantuvaa bioetiikkaa. Eletyn kokemuksen korostaminen moraalisesti merkittävänä on ollut keskeinen projekti myös feministisessä bioetiikassa sen synnystä lähtien. Bioetiikan sopeuttaminen yksilöllisiin, sosiaalisiin ja kulttuurisiin konteksteihin avaa uusia moraalisen päätöksenteon tapoja, jotka eivät yritäkään olla yleisiä, ”puhtaan” rationaalisia ja näennäispuolueettomia. Tällaisessa moraalisisessa pohdinnassa olosuhteet, menneisyydet, suhteet ja tunteet voidaan huomioida. Lisäksi bioeettisessä ymmärryksessä tulee olla läsnä käsitys talouden, instituutioiden, historioiden ja politiikkojen institutionaalisista vaikutuksista moraalisten ongelmien muotoutumiseen. Eletty kokemus rakentuu kaikista näistä seikoista. Elettyyn kokemukseen pohjaavan bioetiikan korkein tavoite on olla enemmän kytköksissä partikulaarisuuteen ja herkempi henkilökohtaisille eroille. Näin bioetiikasta tulee humanimpaa ja ihmistä paremmin auttavaa. (Hoffmaster 2000, 1–2.)

Down (2016, 16) ja muiden kriitikoiden mukaan bioetiikassa ei vuosikymmenten aikana ole sisäistetty, että kontekstisidonnaisuus ei ole kiertoilmaus lieventäville asianhaaroille tai moraaliselle relativismille vaan tapa orientoitua ihmisten erilaisten elämäntilanteiden tuottamiin kontingenteihin kokemuksiin. Hän kuitenkin näkee, että bioetiikassa on tapahtunut empiirinen käänne, jota ovat osaltaan vauhdittaneet vaikutusvaltaiset tutkimuslaitokset kuten Hastings Center – joka julkaisi vuonna 2014 queer-bioetiikalle omistetun erikoisraportin. Käänteen voi tulkita Hoffmasterin ja Kleinmanin huomioita seuraavien uusien moraalisten positioiden etsimiseksi bioetiikassa. Down mukaan bioetiikan moraalista mielikuvitusta parantaa vain nykyistä syvempi ymmärrys siitä, että käytännön tai ilmiön x bioeettisiksi mielletyt ominaisuudet ovat syntyneet tietyissä sosio-po-

liittisissä konteksteissa, ja osin institutionaalisten, ammatillisten ja poliittistenkin agendojen tuloksena (2016, 16; ks. Wilson 2011, 213). Siksi Down mielestä bioetiikan tutkijoiden tulee kiinnittää erityistä huomiota siihen, miksi tietyt ilmiöt tai kysymykset ovat muotoutuneet bioeettisen huomion arvoisiksi ja toiset eivät (2016, 17). Kuten Wahlert ja Fiester, Nelson ja Latham tahoillaan toteavat, sukupuolisen ja seksuaalisen moninaisuuden kysymykset eivät ole nousseet kategorisesti valtavirtabioeettisen huomion kohteeksi huolimatta siitä, että niihin liittyvät kysymykset ovat bioeettisesti hyvin mielenkiintoisia. LHBTQI-kysymykset ovat siis jääneet vaille ansaitsemaansa bioeettistä huomiota, mitä voi pitää moitittavana jo pelkästään siksi, että ne ovat filosofisesti ja moraalisesti kiehtovan monitahoisia. Sivuuttaminen on osaltaan vaikuttanut siihen, että LHBTQI-potilaskokemuksia ei ole kuultu, ihmisiä on altistettu väkivaltaisille ja kyseenalaisille hoidoille peruuttamattomin seurauksin, eikä sukupuolen ja seksuaalisuuden moninaisuutta ole ymmärretty ihmisyyden kukoistuksena.

Queer-bioetiikka vastaa eletyn kokemuksen bioetiikan määritelmää ja pystyy oikomaan sivuuttamisen epäsuhtaa nostamalla valtavirtabioetiikan huomiotta jättämät LGBTQI-kokemukset tarkastelun keskiöön. Sen taustateoreettinen kytkös queer-tutkimukseen ja sukupuolen ja seksuaalisuuden moninaisuuden tutkimukseen – sukupuolentutkimukseen, queer-teoriaan, transtutkimukseen, intersukupuolisuuden tutkimukseen, feministiseen bioetiikkaan ja feministiseen tiedon ja teknologian tutkimukseen – antaa sille työkaluja käsitteellistää ja ratkoa sukupuolen ja seksuaalisuuden moninaisuuteen liittyviä eettisiä kysymyksiä filosofisesti kehittyneemmällä tavalla kuin lääketiede, joka on altis perustelemaan etiikkansa cis- ja heteronormatiivisuudella. Siitä huolimatta, että queer-bioetiikka siis usein kritisoi valtavirtabioetiikan analyyseja, politiikkoja ja käytänteitä, ei kriittisen käsittelyn tarkoitus ole bioetiikan alasajo vaan vahvistaminen Kleinmanin ja Down kuvaamassa eettisen kestävyuden merkityksessä. Vaikka queer-bioetiikka kytkeytyneenä LHBTQI-ihmisoikeusliikkeeseen perustuu henkilökohtaisen poliittisuudelle nostaessaan esiin tietynkaltaisten yksilöiden muodostamien vähemmistöjen kokemaa bioeettisesti epäoikeudenmukaista kohtelua, queer-bioetiikan oikeutus ei perustu relativismille. Olen taipuvainen ajattelemaan, että bioetiikan perusperiaatteiden queer-bioet-

tinen tarkastelu olisi hedelmällistä samalla, kun queer-bioeettisen arviointilistan kysymyksiä sovelletaan hoitokäytänteisiin. Periaatteet on kuitenkin määriteltävä ilman cis- ja heteronormatiivisuuden konstruoimista välttämättömäksi ehdoksi, ja eletyn kokemuksen tulee ohjata periaatteiden toteutumisen arviointia.

Queer-bioetiikka ei ole pelkkä LHBTQI-potilasoikeuksien vaatimisen apparaatti, jolla pyrkii vakuuttamaan enemmistölle, että vähemmistön ongelmat ovat tärkeitä. Queer-bioetiikka haluaa samanaikaisesti nostaa LHBTQI-kokemuksia bioeettisen pohdinnan pohjaksi ja kritikoida ajatusta sukupuolen ja seksuaalisuuden hetero- ja cis-normatiivisuudesta, jonka piiriin inhimillisen kokemuksen monimuotoisuus ei ole koskaan rajoittunut. Queer-bioetiikka on teoreettis-metodologinen tapa orientoitua sukupuolen ja seksuaalisuuden moninaisuuden kontingentteihin kokemuksiin. Koska LHBTQI-kokemukset on todistetuksi aikaisemmin bioetiikassa sivuutettu, on looginen korjausliike keskittyä niiden tarkasteluun. Queer-bioetiikan oikeutus ei kuitenkaan ole vähemmistöoikeudellinen vaan kumpuaa laajemmasta empiirisestä käänteestä, joka tavoittelee humanimpaa, ihmistä paremmin auttavaa ja siten vahvempaa bioetiikkaa.

6. Lopuksi: Queer-bioeettisiä vastarintastrategioita

Wahlertin ja Fiesterin queer-bioetiikka on rakentunut Yhdysvaltain kontekstissa, jossa terveydenhoitojärjestelmä on oleellisesti erilainen²³ kuin Suomessa ja LHBTQI-ihmisten terveydellinen asema vaihtelee suuresti osavaltioittain. Joissakin osavaltioissa lääkäreillä on oikeus kieltäytyä hoitamasta LHBTQI-potilaita uskonnolliseen vakaumukseen vedoten samaan tapaan kuin taataan oikeus abortin tekemisestä kieltäytymiseen (ks. esim. Green 2016). Vaikka tilanne Yhdysvalloissa on erilainen kuin Suomessa tai laajemmin Euroopassa, olen edellä esittänyt lukuisia syitä, miksi queer-bioeettisen tarkas-

²³ Suomen järjestelmä on muuttumassa. Kaavaillun sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän radikaalien uudistusten vaikutuksia LHBTQI-kysymyksiin, erityisesti trans- ja intersukupuolisuuden hoitoon, ei ole selvitetty lainkaan.

telun soveltaminen Suomessa ja laajemmin filosofiassa on tärkeää. Toivonkin tämän artikkelin innostavan queer-bioeettistä jatkotutkimusta.

Akateemisesti on tärkeää, että feministinen ja queer-bioeettinen oikeudenmukaisuusanalyysi sekä parempien hoito- ja hoivakäytäntöjen ja -politiikan kuvittelemisen tulee osaksi valtavirtabioetiikkaa ja käytännön potilastyötä. Ehdottoman oleellista olisi saada pragmaattista tietoa trans- ja intersukupuolisilta henkilöiltä heidän kokemuksistaan näiden uudistusten pohjaksi. Laajaa kartoitusta esimerkiksi hoitotyytyväisyydestä, hoitojen jälkeisestä seksuaaliterveydestä tai hoitoon pääsemättömyyden syistä ja seurauksista ei toistaiseksi ole tehty (Suhonen 2016). Vaikka erinäiset kolmannen sektorin toimijat tarjoavat mahdollisuuksia jakaa hoitokokemuksia, tulisi niille tarjota resursseja myös kokemusten tieteelliseen keräämiseen ja esittämiseen. Kokemusten systeeminen kerääminen ja kriittinen analyysi tulisi olla trans- ja intersukupuolisuuden hoitoon keskittyvien yliopistosairaaloiden velvollisuus. Olisi myös oleellista järjestelmällisesti kartoittaa evätyjen hoitojen syitä ja vaikutuksia ihmisten elämään. Trans- ja intersukupuolisuuden kokemusten kirjosta tarvitaan siis niin kvantitatiivista kuin kvalitatiivistakin perustutkimusta. Lisäksi tulisi tehdä yleisesti sukupuolen ja seksuaalisuuden moninaisuutta kartoittavaa perustutkimusta.

Queer-bioeettisen vastarintastrategian laajempi teoreettinen ulottuvuus on sukupuolen käsitteen bioeettinen uudelleenkalibrointi. Tulisi panostaa lääketieteen ja juridiikan tarkastelut yhdistäviin analyysiin, jotta voidaan kattavasti ja kriittisesti selvittää, millaisin juridisin käytäntein sukupuolta ylläpidetään ja perustelevatko nuo käytännöt itsensä lopulta millään ontologisesti, episteemisesti tai eettisesti kestäväällä tavalla.

Filosofiseksi nimeämäni strategia on vaatia ja käydä julkista, sisällöllistä keskustelua siitä, mitä tarkoitamme kun puhumme etiikasta tai eettisyydestä, miten ajattelemme sukupuolen ja seksuaalisuuden olevan olemassa ja millaisia seurauksia näillä näkemyksillä on ihmisten terveyteen ja elämään. Neljäs ja hyvin arkinen strategia on nostaa esiin

binäärisen sukupuolijärjestelmän rajoittavuutta myös cis-kokemuksissa ja erityisesti kumota sen legitimizeettiä merkityksellistämisyjärjestelmänä esimerkiksi vaatimalla eettisesti kestäviä perusteita vaikkapa julkisten tilojen sukupuolittamiselle. Laajempaan queer-bioeettisenä tavoitteena on paradigman muutos keinotekoisesta normalisaation binäärioppositiivisesta sukupuolijärjestelmästä bioeettisen normaalin tilaan, jossa sukupuolen ja seksuaalisuuden moninaisuus nähdään filosofisesti antoisina, moraalisen rikkautena ja moninaisen ihmisyyden kukoistuksena.

Turun yliopisto

Kirjallisuus

Abelow Hedley, Lisa (2006), ”The Seduction of the Surgical Fix” teoksessa E. Parens (toim.), *Surgically Shaping Children. Technology, Ethics and the Pursuit of Normality*, Baltimore: Johns Hopkins University Press, 43–50.

Ainsworth, Claire (2015), ”Sex Redefined”, *Nature* 518, 288–291. [3](#)

American Psychological Association (2017), ”What is Gender Dysphoria?”, <https://www.psychiatry.org/patients-families/gender-dysphoria/what-is-gender-dysphoria>. Viitattu 13.5.2017.

Aspinall, Cassandra (2006), ”Do I Make You Uncomfortable? Reflections on Using Surgery to Reduce the Distress of Others” teoksessa E. Parens (toim.), *Surgically Shaping Children: Technology, Ethics and the Pursuit of Normality*, Baltimore: Johns Hopkins University Press, 13–28.

Beauchamp, Tom L. ja James F. Childress (2009), *Principles of Biomedical Ethics*, New York: Oxford University Press.

Bremer, Signe (2013), "Penis as Risk: A Queer Phenomenology of Two Swedish Transgender Women's Narratives on Gender Correction", *Somatechnics* 3(2), 329– 350.

Butler, Judith (1990), *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*, Lontoo: Routledge.

Butler, Judith (2004), *Undoing Gender*, Lontoo: Routledge.

Dean, Megan A., Victor, Elizabeth ja Guidry-Grimes, Laura (2016), "Inhospitable Healthcare Spaces: Why Diversity Training on LGBTQIA Issues is not enough", *Journal of Bioethical Inquiry* 13 (4), 557–570.

Disch, Lisa ja Hawkesworth, Mary (toim.) (2015), *Oxford Handbook on Feminist Theory*, Oxford: Oxford University Press.

Donchin, Anne ja Purdy, Laura M. (1999), "Introduction" teoksessa A. Donchin ja L. M. Purdy (toim.), *Embodying Bioethics: Recent Feminist Advances*, Oxford: Rowman & Littlefield, 1-17.

Donchin, Anne (2001), "Understanding Autonomy Relationally. Toward a Reconfiguration of Bioethical Principles.", *Journal of Medicine and Philosophy* 26 (4), 365–386.

ETENE. "Kannanotto intersukupuolisten lasten hoidosta.", <http://etene.fi/lausunnot-ja-kannanotot-2016>. Viitattu 30. huhtikuuta 2016.

Feder, Ellen K. (2014), *Making Sense of Intersex: Changing Ethical Perspectives in Biomedicine*, Indiana: Indiana University Press.

Franklin, Sarah (2013), *Biological Relatives; IVF, Stem Cells and the Future of Kinship*, Durham ja Lontoo: Duke University Press.

Green, Emma (2016), "When Doctors Refuse to Treat LGBT Patients." *The Atlantic*, 19.4.2016, <https://www.theatlantic.com/health/archive/2016/04/medical-religious-exemptions-doctors-therapists-mississippi-tennessee/478797/>. Viitattu 27.5.2018.

Hale, Jacob (2007), "Ethical Problems with the Mental Health Evaluation Standards of Care for Adult Gender Variant Prospective Patients", *Perspectives in Biology and Medicine* 50 (4), 491–505.

Held, Virginia (2005), *Ethics of Care: Personal, Political, and Global*, Oxford: Oxford University Press.

Hester, David J. (2004), "Intersexes and Informed Consent: How Physicians' Rhetoric Constrains Choice", *Theoretical Medicine* 25, 21–49.

Hirschfield, Magnus (1954), *Epänormaali sukupuolielämä*, Helsinki: Pantheon.

Honkasalo, Julian (2016a), "Treatment or torture? A Counter History of Medical and Therapeutic Treatment for Gender Nonconforming Youth", esitelmä Pervot Parantumiset / Parantamiset – Queer Healings -tutkimusseminaarissa Turun yliopistossa 21.10.2016.

Honkasalo, Julian (2016b), "When Boys will Not Be Boys: American Eugenics and the Formation of Gender Nonconformity as Psychopathology", *NORMA International Journal for Masculinity Studies* 11 (3), 270–286.

Holmes, Helen Bequaert (1999), "Closing the Gaps: An Imperative for Feminist Bioethics" teoksessa A. Donchin ja L. M. Purdy (toim.), *Embodying Bioethics: Recent Feminist Advances*, Oxford: Rowman & Littlefield, 45–64.

Homanen, Riikka (2014), ”Raskaus, biologia ja äidillinen osaaminen” teoksessa S. Irni, M. Meskus ja V. Oikkonen (toim.), *Muokattu elämä: Teknotiede, sukupuoli ja materiaalisuus*, Tampere: Vastapaino, 86–121.

Huttunen, Matti (2015), ”Duodecimin Terveyskirjasto: Transsukupuolisuus”, http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00525. Viitattu 16. maaliskuuta 2016.

Häyry, Matti (2014), ”Bioetiikka”, *Logos-ensyklopedia*, toim. S. Syrjämäki ja T. Kanisto, Eurooppalaisen filosofian seura ry, <https://filosofia.fi/node/6860>. Viitattu 13.5.2018.

Irni, Sari (2014), ”Hormonit, ruumiillisuus ja politiikka” teoksessa S. Irni, M.a Meskus ja V. Oikkonen (toim.), *Muokattu elämä: Teknotiede, sukupuoli ja materiaalisuus*, Tampere: Vastapaino, 155–193.

Irni, Sari, Meskus, Mianna ja Oikkonen, Venla (2014) ”Teknotieteen, sukupuolen ja materiaalisuuden muunnemat” teoksessa S. Irni, M. Meskus ja V. Oikkonen (toim.), *Muokattu elämä: Teknotiede, sukupuoli ja materiaalisuus*, Tampere: Vastapaino, 1–47.

Junnonaho, Tiia R. (2014), ”Kohtupolitiikkaa. Feministisen bioetiikan ja queer-bioetiikan näkökulmia sijaissyntymiseen”, VTM *pro gradu* -tutkielma, Turun yliopisto, <http://www.doria.fi/handle/10024/97290>, viitattu 15.5.2018.

Juvonen, Tuula (2002), *Varjoelämää ja julkisia salaisuuksia*, Tampere: Vastapaino.

Juvonen, Tuula ja Vuori, Jaana. (2000), ”Tieteen päivä oikeudessa: Tarinoita siitä, kuinka oikeuteen päädytään”, *Niin & Näin* 1, 7–21.

Kaltiala-Heino, Riittakerttu ja Sumia, Maria ja Savioja Hanna ja Lindberg, Nina (2014), ”Sukupuolen uudelleenmäärittely ja seksuaaliterveys”, *Seksologinen aikakauskirja* 1 (1), 15–28.

Kansaneläkelaitos (KELA) (2002), ”Sukupuolen korjausleikkaukset.” http://www.kela.fi/korvauskaytanta_ja_sukupuolekorjausleikkaukset?p_p_id=56_INSTANCE_V5n5ccTPttLF&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_state_rcv=1, viitattu 13.1.2017.

Kekki, Lasse ja Kaisa Ilmonen (toim.) (2004), *Pervot pidot: homo-, lesbo- ja queernäkökulmia kirjallisuudentutkimukseen*, Helsinki: Like.

Koivunen, Anu (1996), ”Sorto” teoksessa M. Liljeström ja A. Koivunen (toim.), *Avain sanat: 10 askelta feministiseen tutkimukseen*. Tampere: Vastapaino.

Kolehmainen Maija ja Suominen, Sinikka (2015), ”Transsukupuolistensukupuolinkirurgia”, *Duodecim* 131 (4), 387–391.

Kondelin, Sade (2017), ”’If I Could Touch It, It Would be Something Sticky and Cold’: Gender Dysphoria as an Embodied Experience”, *Lambda Nordica* 22 (1), 15–37.

Kosonen, Susanna (2014), ”Sukupuoltaan korjaava joutuu testiräkkiin”, *Helsingin Sanomat* 16. heinäkuuta 2014, <http://www.hs.fi/kotimaa/a1405403716852>. Viitattu 29. elokuuta 2016.

Kähkönen, Lotta ja Sudenkaarne, Tiia (2018), ”Queer, Bioethics and Biopolitics”, *Suomen Queer-tutkimuksen Seuran lehti* 1–2, xi–xix.

Kähkönen, Lotta ja Wickman, Jan (2013), ”Sukupuolen moninaisuus ja queer-näkökulmat”, *Suomen Queer-tutkimuksen Seuran lehti* 1–2, i–x.

Lappalainen, Päivi (1996), ”Seksuaalisuus” teoksessa M. Liljeström ja A. Koivunen (toim.), *Avainsanat: 10 askelta feministiseen tutkimukseen*, Tampere: Vastapaino, 207–224.

Landström, Catharina (2007), ”Queering Feminist Technology Studies”, *Feminist Theory* 8 (1), 7–26.

Launis, Veikko (2016/2017), Sähköpostiviesti artikkelin kirjoittajalle, 3. toukokuuta, 2016. Henkilökohtainen keskustelu toukokuussa 2017.

Liljeström, Marianne (1996), ”Sukupuolijärjestelmä” teoksessa M. Liljeström ja A. Koivunen (toim.), *Avainsanat: 10 askelta feministiseen tutkimukseen*, Tampere: Vastapaino, 111-139.

Lindemann, Hilde (2007), ”Feminist Bioethics. Where We’ve Been, Where We’re Going”, teoksessa L.Martin Alcoff ja E. Feder Kittay (toim.), *The Blackwell Guide to Feminist Philosophy*, Oxford: Blackwell, 116–130.

Lindemann Nelson, Jamie (2014), ”Making Sense of Queer Lives”, *Hastings Center Report Special Issue: LGBT Bioethics Visibility, Disparities, and Dialogue* 44 (4), S6–12.

Mattila, Aino (2010), ”Terveystieteiden näkökulmia siihen, ettei sukupuoli ole joko – tai”, Esitelmä Helsingissä 24.4.2010, http://whm13.louhi.net/~transtuk/wpcontent/uploads/2013/08/Aino_Mattila_TG-seminaari_Helsinki_2010.pdf. Viitattu 16. tammi-kuuta 2017.

Mattila, Aino ja Tinkanen, Helena (2015), ”Transsukupuolisuuden hoito Suomessa”, *Duodecim* 131 (4), 363–364.

Mattila, Aino ja Heinonen, Leena ja Mäntymäki, Anna ja Uusi-Mäkelä Nina ja Ålgars, Monica (2015), ”Sukupuolen korjauksen vaikutus psyykkiseen hyvinvointiin ja elämänlaatuun”, *Duodecim* 131 (4), 379–381.

Mattila, Markku (1997), ”Suomalainen rotuhygienia”, *Tieteessä tapahtuu* 15 (8), 20–26.

Marsh, Jeffrey L. (2006), ”To Cut or Not to Cut? A Surgeon’s Perspective on Surgically Shaping Children” teoksessa E. Parens (toim.), *Surgically Shaping Children: Technology, Ethics and the Pursuit of Normality*, Baltimore: Johns Hopkins University Press, 113–124.

May, Vivian M. (2015), *Pursuing Intersectionality: Unsettling Dominant Imaginaries*. New York ja Lontoo: Routledge.

Meskus, Mianna (2009), *Elämän tiede: Tutkimus lääketieteellisestä teknologiasta, vanhemmuudesta ja perimän hallinnasta*, Tampere: Vastapaino.

Meskus, Mianna (2014), ”Hedelmöityshoidot ruumiillisena kokemuksena” teoksessa Irni, Sari Meskus, Mianna & Oikkonen, Venla (toim.), *Muokattu elämä: Teknotiede, sukupuoli ja materiaalisuus*, Tampere: Vastapaino, 51-85.

Mollgren, Sami (2016), ”Transsukupuolisuus poistumassa WHO:n tautiluokituksesta”, *Ranneliike.net* 9.8.2016, <http://ranneliike.net/teema/transsukupuolisuus-poistumassa-whon-tautiluokituksesta?aid=12525>. Viitattu 15. kesäkuuta 2017.

Morland, Iain (2012), ”The Injured World: Intersex and the Phenomenology of Feeling”, *Signs: A Journal of Feminist Cultural Studies* 23 (2), 21–41.

Morris, Sherri G. (2006), ”Twisted Lies. My Journey in an Imperfect Body” teoksessa E. Parens (toim.), *Surgically Shaping Children: Technology, Ethics and the Pursuit of Normality*, Baltimore: Johns Hopkins University Press, 3–12.

Mustola, Kati ja Pakkanen, Johanna (2007), *Sateenkaari-Suomen historia*, Helsinki: Like.

Nelson, J.L. (1998), ”The Silence of the Bioethicists. Ethical and Political Aspects of Managing Gender Dysphoria”, *Gay and Lesbian Quarterly* 4 (2), 214–229.

Nelson, J.L. (2012), ”Still Quiet After All These Years: Revisiting the ‘Silence of the Bioethicists’”, *Journal of Bioethical Inquiry* 9 (9), 249–259.

Parens, Erik (toim.) (2006), *Surgically Shaping Children: Technology, Ethics, and the Pursuit of Normality*, Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Rawlinson, Mary C. (2016), *Just Life: Bioethics and the Future of Sexual Difference*, New York: Columbia University Press.

Repo, Jemima (2016), *The Biopolitics of Gender*, Oxford: Oxford University Press.

Richie, Cristina (2016), ”Lessons from Queer Bioethics. A Response to Timothy F. Murphy”, *Bioethics* 30 (5), 365–371.

Seta (2016), ”Sateenkaarisanasto”, <http://seta.fi/sateenkaarisanasto/>. Viitattu 1.6.2017.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2002), ”Sosiaali- ja terveysministeriön asetus sukupuolen muuttamiseen tähtäävän tutkimuksen ja hoidon järjestämisestä sekä lääketieteellisestä selvityksestä transseksuaalin sukupuolen vahvistamista varten.” <https://www.edilex.fi/lainsaadanto/20021053>. Viitattu 13. tammikuuta, 2017.

Stryker, Susan (2006), ”(De)Subjugated Knowledges: An Introduction to Transgender Studies” teoksessa S. Stryker ja S. Whittle (toim.), *The Transgender Studies Reader*, Lontoo: Routledge, 1–18.

Sudenkaarne, Tiia, (2016), ”Suloiset oudokit. Feministisestä bioetiikasta queer-bioetiikkaan?” Teoksessa K. Rolin, O-P Moisio, M. Reuter ja M. Tuominen (toim.), *Sukupuoli ja filosofia*, Jyväskylän yliopisto, SoPhi, 71–79.

Sudenkaarne, Tiia (tulossa), ”Queering Bioethics: A Queer Bioethical Inventory of Surrogacy”, *Ethics, Medicine and Public Health*.

Sudenkaarne, Tiia (2018), ”Queer Bioethics and Intersectionality”, *Suomen Queer-tutkimuksen Seuran lehti* 1–2, 35–50.

Suhonen, Sami (2016), ”Tukea ja lääketieteellistä hoitoa sukupuoleltaan moninaisille: Tai sitten ei”, luento sukupuolentutkimuksen oppiaineen Transtutkimuksen seminaarissa Turun yliopistossa 8.3.2016.

Suomen Lääkäriliitto (2014), ”Lausunto: luonnos hallituksen esitykseksi transseksuaalin sukupuolen vahvistamisesta annetun lain (translaki) muuttamiseksi”, https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/15780/he_translaki_stm140918.pdf. Viitattu 13.02.2017

Suomen Queer-tutkimuksen Seura SQS. <https://sqshome.wordpress.com/>

Stålström, Olli (1997), *Homoseksuaalisuuden sairausleiman loppu*, Helsinki: Gaudeamus.

Tainio, Luca (2013), ”Dikotomisesta transsukupuolisuudesta queeriin transgenderiin?”, *Suomen Queer-tutkimuksen Seuran lehti* 1–2, 18–29.

Tiitinen, Aila ja Suominen, Sinikka ja Holi, Matti (2003), ”Transseksuaalien hoito”, *Duodecim* 119, 2045–2050.

Transseksuaalin sukupuolen vahvistamisesta annetun lain uudistamisen työryhmä (2015), ”Sukupuolen oikeudellisen vahvistamisen edellytykset: Työryhmän loppuraportti”, *Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön raportteja ja muistioita* 23, https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125997/URN_ISBN_978-952-00-3584-6.pdf?sequence=1. Viitattu 13. tammikuuta, 2017.

Toriseva, Roosa (2017), ”Intersukupuolisuus suomalaisten lääkäreiden käytännöissä ja puheissa”, *Sukupuolentutkimus* 1, 15–29.

Transtukipiste. <http://transtukipiste.fi/>. Viitattu 3. maaliskuuta 2017.

Trasek. <http://trasek.fi/>. Viitattu 3. maaliskuuta 2017.

Tunstall, Emma ja Sarah Kay Moore ja Lance Wahlert (2018), ”Intersex in the Age of Queer Bioethics: Recommendations on the Fundamentals of Ovotestes Interventions for Intersex Youth”, *Suomen Queer-tutkimuksen Seuran lehti* 1–2, 1–16.

Powell, Tia ja Mary Beth Foglia (2014), ”The Time is Now: Bioethics and LGBT issues”, *Hastings Center Report Special Issue: LGBT Bioethics Visibility, Disparities, and Dialogue* 44 (4), S2–S3.

Wahlert, Lance ja Autumn Fiester (2012), ”Queer Bioethics. Why Its Time Has Come”, *Bioethics* 26 (1), ii–iv.

Wahlert, Lance ja Autumn Fiester (2014), ”Repaving the Road of Good Intentions. LGBT Health Care and the Queer Bioethical Lens”, *Hastings Center Report Special Issue: LGBT Bioethics Visibility, Disparities, and Dialogue* 44 (4), 56–65.

Wahlert, Lance (2016), ”Queer Bioethics: On the historical legacy and contemporary stakes of health care for LGBT communities”, esitelmä Pervot Parantumiset / Parantumiset – Queer Healings -tutkimusseminaarissa Turun yliopistossa ja Q&A-keskustelu 21.10.2016.

Wickman, Jan (2001), ”Transgender Politics: The Construction and Deconstruction of Binary Gender in the Finnish Transgender Community”, väitöskirja, Turku: Åbo Akademi University Press.

Witt, Charlotte (toim.) (2010), *Feminist metaphysics: Explorations in the ontology of sex, gender and the self*, Dordrecht: Springer.