

Oslo, januar 2021

Feminiserende hormonbehandling til personer med kjønnsinkongruens, oppstart på HKS

HKS-funksjoner som dekkes av denne rutinen

Denne rutinen dekker bare en del av utrednings- og behandlingsforløpet med feminiserende hormoner som en klient på HKS gjennomgår. Rutinen gjelder oppfølging av feminiserende hormoner hos personer med kjønnsinkongruens, etter at behandlingsansvarlig lege på HKS delegerer dette ansvaret til assistentlege på HKS, eventuelt direkte til fastleger. Før slikt ansvar delegeres, vil behandlingsansvarlig lege på HKS bekrefte diagnosen kjønnsinkongruens, at informert samtykke (inkluderer informasjon om forventede effekter og risiko, og vurdering om at pasienten er samtykkekompetent) er innhentet før oppstart, og at det ikke foreligger kontraindikasjoner mot oppstart. Ved relative kontraindikasjoner, vil behandlingsansvarlig lege konkretisere tiltak for å redusere risiko. Denne rutinen inneholder ikke føringer for utredning/diagnostisering, innhenting av informert samtykke eller vurdering av kontraindikasjoner.

Prinsipielt overblikk: oppstartsfase og oppfølgingsfase

Feminiserende hormoner bygger på to typer preparat. Det ene reduserer nivået og effekten av testosteron (anti-androgene preparat), og det andre tilfører østradiol.

Det er nyttig å dele opp prosessen i en oppstartsfase og en oppfølgingsfase. **Felles for begge faser:** det observeres for kjente virkninger og bivirkninger av hormonpreparatene, basert på klinisk samtale og undersøkelse, inkludert blodprøver. I tillegg kontrolleres at østradiol ikke oversiger 0,7 nmol/L, uavhengig av dosering og effekt. Verdien på 0,7 nmol/L er fra retningslinjen til den amerikanske hormonlegeforeningen (The Endocrine Society)¹.

a) I **oppstartsfasen** trappes dosering av anti-androge preparat gradvis opp til testosteron i blodprøver faller til < 2 nmol/L, samtidig som østradiolpreparatet trappes gradvis opp til blodprøver viser østradiol 0,35-0,55 nmol/L. Testosteronverdier < 4 nmol/L og østradiolverdier 0,25-0,7 nmol/L er akseptable. Doseøkningen skjer ved konsultasjoner med ca 4 – 6 ukers mellomrom. Når tilfredsstillende blodprøveverdier er nådd med 3 mnd mellomrom på samme dose, er første vedlikeholdsdose funnet. De feminiserende kroppslige endringene kommer gradvis til uttrykk 2 år, noen ganger fortsetter prosessen utover dette.

Vi vet at lave testosteronverdier kan bidra til energiløshet, tiltaksløshet og/eller svekket seksualitet i en grad som kan redusere daglig funksjonsnivå. Mange klienter er ikke klar over at alle mennesker, inkludert cis-kvinner, trenger et visst nivå av testosteron for å bevare energi/motivasjon/libido. Mange kan også ha en forståelse av at de må velge mellom tilfredsstillende feminisering og energi/motivasjon/libido, og ikke kan få 'i pose og sekk'. Vi opplever ofte at slike misoppfatninger fører til ønsker om å oppnå så lave testosteronverdier som mulig, og anbefaler derfor å finne en balanse mellom tilfredsstillende feminisering og bevart energi/motivasjon/libido. Energi/motivasjon/libido kartlegges hos alle klienter på feminiserende hormoner etter at testosteronmålet < 4 nmol/L er nådd, og gir samtidig et ideelt utgangspunkt for å avkrefte misoppfatninger om at målet bør være lavest mulige testosteronmålinger. Seksualfunksjon overses ofte i oppfølging hos personer med kjønnsinkongruens som bruker feminiserende

¹<https://academic.oup.com/jcem/article/102/11/3869/4157558>



hormoner, og kan sende signaler om at helsevesenet ikke anser seksualitet for å være viktig for helsetilstand og livskvalitet.

b) I **oppfølgingsfasen** vurderes effekten av vedlikeholdsdoseringen som ble etablert i oppstartsfasen ut ifra klientens selvopplevde kroppslige endringer og forventninger/behov. Siden det kan ta fra 2 år før de kroppslige endringene fra en gitt dosering kommer til fullt uttrykk, vurderes vedlikeholdsdosens faktiske effekt for første gang 2 år etter at oppstartsfasen er over. Kartlegging av virkninger og hormonnivå i blodet (inkl østradiol $< 0,7$ nmol/L), samt fornyelse av resept, utføres hvert halvår, etter hvert årlig ved stabilitet og god compliance.

Ved første effektvurdering i oppfølgingsfasen vil noen rapportere at den første vedlikeholdsdosen har gitt tilfredsstillende effekt. Disse klientene kan fortsette med samme dose, med ny vurdering av effekt om 2 år. De som ikke har opplevd tilfredsstillende effekt med den første vedlikeholdsdosen kan få tilbud om å øke doseringen, om det er rom for dette i forhold til maksimum doser av de forskjellige preparatene (se nedenfor). Ved doseøkning bør klienten tas inn til en ny konsultasjon etter ca en måned for å kontrollere at østradiol ikke overstiger $0,7$ nmol/L på den nye dosen, samt vurdere ikke-hormonelle prøver som tas ved hver konsultasjon (se nedenfor). Den faktiske effekten av den nye dosen vurderes opp mot klientens forventninger/behov etter nye 2 år.

HKS sørger alltid for at blodprøver er tatt i forkant av konsultasjoner, slik at blodprøvesvarene kan vurderes før eller ilt konsultasjonen med klienten.

Individuell tilpasning

Rutinene beskrevet overfor vil ikke passe for alle som ønsker feminiserende hormoner. Et moment kan være at retningslinjen til den amerikanske hormonlegeforeningen fra 2017 er basert på en binær kjønnsforståelse. De med transfeminin/ikke-binær kjønnsidentitet passer ikke automatisk inn i en slik forståelse, og vil i noen tilfeller ha ønsker/behov for en lavere vedlikeholdsdosering enn i rutinen beskrevet ovenfor. Så lenge man holder seg innenfor rammene for *best practice*², legges det til rette for at mål og tilnærming tilpasses klientens individuelle behov og forventninger. Klienter med en binær kjønnsidentitet kan også ha ønske om individuell tilpasning innenfor de samme rammene.

Illa oppstartskonsultasjonen informerer HKS alle pasienter om:

- rammene for *best practice*
- standardisert fremgangsmåte for å finne første vedlikeholdsdose som beskrevet ovenfor
- at noen kan ønske en mer individualisert tilnærming i oppstartsfasen og/eller oppfølging. For eksempel:

- 1) oppstartsfasen kan fullføres med en meget lav dose østradiol, med vurdering av dosens faktiske effekt opp mot klientens forventninger/behov etter 2 år.
- 2) finne en vedlikeholdsdose som gir lavere østradiolkonsentrasjon enn målverdiene oppgitt i denne rutinen, med vurdering av dosens faktiske effekt opp mot pasientens forventninger/behov etter 2 år.
- 3) finne en vedlikeholdsdose med anti-androgen preparat ut ifra et mål om testosteronkonsentrasjon i blodet som er høyere enn målverdiene oppgitt i denne rutinen.
- 4) bruk av feminiserende hormoner i en avgrenset periode. Noen klienter kan først og fremst ønske brystvekst, en effekt av feminiserende hormoner som tradisjonelt sett har blitt regnet for å være irreversibel. For disse klientene kan det være aktuelt å slutte med eller redusere doseringen når tilfredsstillende brystendringer er oppnådd.

² Inkl østradiol i blodprøve < 0.7 nmol/L; ikke overstige maksimum doser; ny konsultasjon inkl vurdering av blodprøvesvar etter doseøkninger; at det i oppstartsfasen kan brukes blodprøver for å vurdere forventet sannsynlig effekt, og at vurdering av effekt av en gitt dose baseres på faktisk opplevd effekt og forventninger/behov etter 2 år.

Et annet aspekt med rom for individuell tilpasning er at rammer i internasjonale retningslinjer er spesifisert i form av målverdier for testosteron, mens fri testosteron-indeks³ kan være et enda bedre mål på androgen aktivitet. Det anbefales derfor å måle både testosteron og fri testosteron-indeks i opptrappings- og oppfølgingsfasen, og vurdere disse opp mot verdiene oppgitt i tabellen nedenfor. Dette er spesielt viktig for de som måler SHBG i nedre eller øvre normalområde før oppstart av hormoner.

	Målverdi oppstartsfase	Akseptabelt
Testosteron (målverdi)	<2 nmol/L	< 4 nmol/L
Fri testosteron-indeks (tilsvarende verdi)	< 0.3	< 0.6

Klienter med relativt høy SHBG⁴ kan oppleve at de når fri testosteron-indeks <0.3 på en dose anti-androgent preparat som gir testosteronverdier som er høyere enn 2 nmol/L. Etter oppstart med østradiolpreparat, vil SHBG øke hos de fleste, og gi lavere fri testosteron-indeks. Ved høy SHBG kan vedlikeholdsdosen anti-androgent preparat individualiseres ved at legen og klienten blir enige om å basere dosen på et mål om fri testosteron-indeks <0.3, og ikke testosteron <2 nmol/L. SHBG kan også endre seg i løpet av et langt livsløp.

For mange er det spesielt viktig å forstå, at ettersom blodnivåene for kjønnshormoner endrer seg langt raskere enn hva kroppen gjør, benyttes blodprøver til å vurdere sannsynlig fremtidig effekt i **oppstartsfasen**. For så å bli erstattet av en vurdering av faktisk effekt opp mot forventninger/behov i **oppfølgingsfasen**.

Markedsføringstillatelse og hvit resept

Hormoner som ikke er startet opp i spesialisthelsetjenesten, i dette tilfellet Nasjonal behandlingstjeneste for transseksualisme (NBTS), skrives per i dag ut på hvit resept. HKS skriver bare ut preparater som er forhåndsgodkjente av Legemiddelverket (har markedsføringstillatelse). Preparater som ikke har slik tillatelse, kan skrives ut, men bare på grunnlag av en formell søknad fra legen som skriver ut resepten. Mange klienter kjenner til preparater fra andre land, og spør om vi på HKS kan skrive ut preparat som altså ikke er forhåndsgodkjente i Norge. I slike sammenhenger er det behov for bekreftelse på at forhåndsgodkjente preparater og doseringene vi skriver ut er i samsvar med retningslinjene til den amerikanske hormonlegeforeningen.

Anti-androgene preparat

Av klientene som ble fulgt opp hos HKS i oktober 2020, brukte 60% spironolakton og 40% cyproteron. Det brukes ikke flere anti-androgene preparat samtidig. Ved bytte er det ikke nødvendig med nedtrapping, opphold eller opptrapping.

³ Om laboratoriet oppgir testosteron og SHBG i nmol/L, kan fri testosteronindeks regnes ut med følgende formel: $(\text{testosteron} * 10) / \text{SHBG}$. For vurdering av prøvesvar om testosteron/SHBG ikke oppgis i nmol/L, se labmanualen eller kontakt laboratoriet. Noen laboratorier regner dette ut for rekvirenten.

⁴ Følgende tilstander kan være underliggende årsaker til at en person har relativt høye SHBG-verdier ved oppstart av feminiserende hormoner: tidligere østrogenpåvirkning, levercirrhose og hypertyreose. Medikamentell behandling med tyreoidhormoner, barbiturater eller antiepileptika kan også være relevant blant våre pasienter. Ved høy SHBG før oppstart, måles TSH og FT4 for å utelukke hypertyreose, og albumin og INR for vurdering av leverfunksjon. Tilstander som kan bidra til høy SHBG er ikke nødvendigvis kontraindikasjoner for oppstart av feminiserende hormoner. Utredning av disse tilstandene kan derimot gi en forklaring på høy SHBG-måling før oppstart av feminiserende hormoner.

Dersom en klient ikke ønsker å bruke anti-androgent preparat, eller ønsker å bruke lavere doser enn det som gir målverdiene som anbefalt i denne rutinen, er ikke dette et krav for å få tilgang til østradiol. Det er viktig at østradiolverdiene er under 0,7 nmol/l. Klienten må informeres om at ingen eller redusert bruk av anti-androgene preparat sannsynligvis gir mindre feminisering, slik at de kan gjøre informerte valg om dette. Siden bruk av østradiol uten anti-androgent preparat begrenser grad av optimal feminisering, er ikke dette standardmetoden. Men det er likevel et trygt og greit alternativ.

Førstevalg: Spironolakton tbl 100 mg (Spirix, Spironolactone). Kalium- og magnesiumsparende diuretika.

Startdose: 100 mg. 50 mg ved kroppsmasseindeks < 20, der hvor en kaliumverdien er i øvre normalområde, eller at klienten har endokrinologiske tilstander som kan tilsi en forsiktig start. Om det foreligger endokrinologiske tilstander før oppstart og behandlingsansvarlig lege på HKS ikke har spesifisert en startdose spironolakton, konferer med behandlingsansvarlig lege på HKS. **Opptrapping:** 50 mg økning om gangen. Årsak til overgang fra spironolakton til andrevalget cyproteron er vanligvis utilstrekkelig effekt av spironolakton ved maksimal dose, ikke bivirkninger av spironolakton.

Mest aktuelle bivirkninger/ubehagelige effekter blant våre klienter: Der hvor det måtte klages på ømhet under brystvortene, informeres klientene om at dette betyr at brystene har begynt å vokse, og at det er som det skal være. Økt trang til vannlating, er som oftest forbigående. Ved uttalte tilfeller kan det oppstå insomni. Hypotensjon, ved uttalte tilfeller fall/besvimelser. **Andre bivirkninger:** Kvalme og løs avføring. Hudutslett. Hyperkalemi. Redusert nyrefunksjon. **Relevante blodprøver:** natrium, kalium, kreatinin. Spironolakton gir sjeldent unormale blodprøveverdier blant våre pasienter.

Andrevalg: Cyproteron tbl 50 mg (Androcur). Progesteronderivat. Preparatnavn: Androcur. **Startdose:** 12,5 mg. **Opptrapping:** Kan økes til 25 mg, men er sjeldent nødvendig. Har effekt hos de aller fleste. Preparatet seponeres sjelden pga bivirkninger.

Mest aktuelle kontraindikasjoner blant våre klienter: Bør unngås ved klinisk depresjon, da cyproteron kan redusere testosteron så mye og raskt hos noen at det forårsaker nedstemthet og manglende energi. Tidligere meningeom (se mulige bivirkninger). **Mest aktuelle bivirkninger/ubehagelige effekter blant våre klienter:** Tap av energi/motivasjon/libido. Dette er forventede effekter av anti-androgen terapi, men kan begrenses uten at det nødvendigvis går utover feminiserende effekt, ved å unngå for lave testosteronverdier. Forbigående økte prolaktinverdier i kombinasjon med østradiolholdig preparat er vanlig (synergi mellom cyproteron og østradiol), men faktorer som psykologisk spenning kan også bidra, da prolaktin kan øke under stress. Økte prolaktinverdier kan også gi redusert seksuell lyst. Muligheten for prolaktinom må utredes om økningen vedvarer, og ikke faller etter reduksjon av østradioldose. Det er hos oss sjeldent at andre blodprøveverdier enn prolaktin er utenfor referanseområdet. **Andre mulige bivirkninger:** Meningeom er observert (ikke ved HKS) ved 25 mg dose. **Relevante blodprøver:** leververdier (inflammasjon, i sjeldne tilfeller akutt svikt), røde blodceller (anemi), blodplater (økning) og prolaktin, foruten de vanlige hormonanalysene spesifisert nedenfor.

I Felleskatalogen oppgis det bare en indikasjon for bruk av cyproteron: «Kan anvendes til demping av kjønnsdriften ved seksualdeviasjoner hos menn når annen intervensjonsbehandling anses som uegnet». Opplysninger om bivirkninger er basert på bruk av cyproteron hos denne klientgruppen. I forhold til risiko for nedstemthet/depresjon, har menn som bruker cyproteron for å «demppe kjønnsdrift ved seksualdeviasjoner» ikke nødvendigvis et sterkt ønske om feminiserende kroppsendringer. Dette er ofte en forskjell fra personer med kjønnsinkongruens og opplevd behov for dette. Merk også at dosene på 12,5-25 mg utgjør 6.25%-25% av dosene som anbefales for «demping av kjønnsdrift ved seksualdeviasjoner hos menn».

Østradiolholdige preparat

Aktuelle preparat er plaster (Estradot), spray (Lenzetto) og tabletter (Progynova). Det brukes et om gangen. Ved bytte er det ikke nødvendig med nedtrapping, opphold eller opptrapping. I felleskatalogen er disse østradiolpreparatene kategorisert som «naturlige og halvsyntetiske østrogener, usammensatte preparater».⁵ 50% av HKS sine klienter i oktober 2020 brukte østradiolplaster, 27% østradiolspray og 17% østradioltabletter.

Førstevalg: 2 likestilte alternativer (klienten velger ut ifra egne preferanser)

A) Østradiolplaster (Estradot). Østradiol hemihydrat. Startdose: 50 mcg/døgn hver halve uke. Opptrapping: 50 mcg økning om gangen. Maksimum dose: 200 mcg hver halve uke.

B) Østradiolspray (Lenzetto). Østradiol hemihydrat. Startdose: 1 spray daglig. Opptrapping: 1 spray om gangen. Maksimum dose: 4 spray daglig.

Andrevalg:

C) Østradioltabletter (Progynova). Østradiolvalerat. Startdose: 1mg x 2 daglig. Om klienten ønsker å innta hele dagsdosen x1 daglig i stedet, er dette også en mulighet. Opptrapping: 2 mg (1 mg x2) økning om gangen. Maksimum dose: 4 mg x2 daglig. Serum østradiolverdier skal ikke overstige 0,7 nmol/L. Østradioltabletter er andrevalg pga økt tromboserisiko ved peroral tilførsel, selv om forskjellen mellom plaster/spray og tabletter sannsynligvis er liten. Historisk sett har peroral etinyløstradiol (østradioltypen som blir brukt i østrogenholdige p-piller) vært forbundet med høyere tromboserisiko, noe som ennå påvirker resultatene i langtids-studier på risikofaktorer. Disse brukes sjelden av personer med kjønnsinkongruens i dag. Ved utilfredsstillende østradiolmålinger på maksimum dose østradiolspray eller plaster, bør det andre førstevalget prøves i minst 3 mnd før eventuell vurdering av overgang til tabletter. Vær oppmerksom på at huden blir tynnere under østrogentilførsel, slik at samme transdermal dose på sikt ofte gir høyere konsentrasjoner i blodet.

Mest aktuelle kontraindikasjoner blant våre klienter: Akutt eller tidligere leversykdom, så lenge leverfunksjonen ikke er normalisert. Kontraindikasjoner generelt: Ustabil iskemisk kardiovaskulær sykdom. Østrogenavhengig kreft. Kronisk nyresvikt, end stage. Psykiatriske tilstander som begrenser evne til å avgi informert samtykke. Relativ kontraindikasjon: Trombofili. Oppstart av standard antitrombotisk profylakse ved økt risiko for trombose. Ved hjerteinfarkt, hjerneslag eller blodpropp hos søsken, foreldre eller besteforeldre før 50 år, testes det for Faktor V Leidenmutasjon. Mest aktuelle bivirkninger blant våre klienter: Forbigående kvalme, humørsvingninger. Forbigående økning i prolaktin ikke uvanlig. Utredning for prolaktinom om økningen vedvarer, og ikke faller etter reduksjon av østradioldose. Relevante blodprøver: ALAT (asymptomatisk og lett forbigående økning i ALAT vanlig), prolaktin, røde blodceller (anemi, bruk feminine referanseverdier).

Finasterid for androgent hårtap

10% av HKS sine klienter bruker finasterid for androgent hårtap. Standard dosering er 1,25 mg daglig. Dette er ikke i samsvar med felleskatalogtekst, men er så godt kjent at utskrivning av propecia, som er svært dyrt, virker urimelig. Klientene instrueres om hormonhygiene dersom finasterid foreskrives. I dette ligger at ved deling av tablett, må man sikre seg at det ikke kommer tablettrester /pulver på andre steder enn i munnen. Ved klinisk depresjon eller plutselig oppstått nedstemthet etter oppstart av finasterid, anbefales umiddelbar seponering (obs. post finasteridsyndrom).

Fertilitet og preservasjon

Østradiol gir reversibel reduksjon i fertilitet hos mange, men ikke alle. Alle klienter som avgir informert samtykke om oppstart av hormonbehandling på HKS informeres om risiko for irreversibel fertilitetsreduksjon. Vi er ikke kjent med

⁵ <https://www.felleskatalogen.no/medisin/atc-register/G03C%20A03>

forskning på hvordan dette fordeler seg hos dem som måtte ønske å seponere behandlingen for å gjenvinne fertilitet. I forbindelse med innhenting av informert samtykke informeres derfor alle som ønsker oppstart av feminiserende hormoner om muligheten for nedfrysing av sæd på andrologisk laboratorium på OUS.

Hvilke blodprøver som bør vurderes i forkant eller løpet av konsultasjoner

Følgende blodprøver tas ved hver konsultasjon: testosteron, østradiol, SHBG, prolaktin, LH, FSH, Hb, erytrocytter, hematokrit, ferritin, B12, trombocytter, natrium, kalium, kreatinin, ALAT, gamma GT, ALP. I tillegg måles følgende ved oppstart og deretter årlig: HbA1c, kolesterol, HDL-kolesterol, LDL-kolesterol, triglyserider, vitamin D.

Risiko for hormonmålinger som ikke er valide - instruksjoner for blodprøvetaking

Ved bruk østradiolspray eller tabletter, er det viktig at klientene følger visse instruksjoner for blodprøvetaking. Ved bruk av spray bestemmer klienten hvilken arm det skal tas blodprøve fra minst tre dager i forveien. Dagsdosen påføres på motsatt arm av blodprøvearm til samme tid som vanlig. Ved bruk av tabletter bestemmer klienten dag og klokkeslett for blodprøvetaking to dager i forveien. Halvdagdosene inntas 6, 18, 30 og 42 timer før blodprøvetidspunktet (ved daglig dosering, 6 og 30 timer i forveien). Det er lurt å spørre klienten om instruksene ble fulgt ved blodprøvetakingen. Hvis ikke, vurder ny blodprøve i etterkant av timen. Dette er ikke bare viktig for kvaliteten på vurderingene gjort av legen, men også for at klienten utvikler en rutine som gjør det mulig for legen å sammenligne valide blodprøveresultat over tid.

Andre forhold å være oppmerksom på

Kardiovaskulær og diabetesscreening gjennomføres årlig. Vekt og blodtrykk måles. HbA1c og lipider i blodprøve. EKG for klienter over 40 år. Observer for tegn og risikofaktorer for sykdom som kan skyldes trombosdannelse. Terskelen for igangsetting av forebyggende tiltak bør være lavere enn hos befolkningen generelt. Det samme gjelder risikofaktorer som overvekt og dyslipidemi.

Ved migrene. Vurder henvisning til nevrolog for riktig diagnose og vurdering om daglig migreneprofylakse bør igangsettes i lys av feminiserende hormonbruk. Ved migrene med aura er dette enda viktigere.

Screening for brystkreft. Etter gjeldende retningslinjer for cis-kvinner. Fastlegen bør tilse at klienten tilbys screening. Dette gjelder ikke dem som har endret juridisk kjønn.

Forebygging og utredning av osteoporose. Etter gjeldende retningslinjer. Høy LH er indikasjon for bentetthetsmåling hos orkidektomerte. Det kan uansett være nyttig med en baselinemåling i forkant eller i perioden etter orkidektomi. Klienter på adekvat hormonsubstitusjon forventes ikke å utvikle osteoporose.

Utredning av prostatasykdom. Etter gjeldende retningslinjer for cis-menn. Hos de som starter på feminiserende hormoner etter at de har fylt 40, kan det være lurt å måle PSA selv uten symptomer. Grunnen til dette er at feminiserende hormoner reduserer PSA, og er vanskelig å tolke etter oppstart. Dersom det er indikasjon for å måle PSA, så brukes 1 ng/mL som cut-off for videre utredning. Hos klienter som har gjennomgått kjønnsbekreftende genitalkirurgi, kan prostata palperes via fremre vaginalvegg.

For mer informasjon om rammer/føringer i internasjonale retningslinjer. Den kanadiske delstaten British Columbia (Vancouver) har utviklet en praktisk guide for helsepersonell i primærhelsetjenesten som følger opp hormoner blant personer med kjønnsinkongruens.⁶ Klinikken Sherbourne Health i Toronto har også utgitt føringer for oppfølging av personer med kjønnsinkongruens i primærhelsetjenesten⁷. Websiden til Fenway Institute i Boston inneholder

⁶ <http://www.phsa.ca/transcarebc/Documents/HealthProf/Primary-Care-Toolkit.pdf>

⁷ <https://www.rainbowhealthontario.ca/product/4th-edition-sherbournes-guidelines-for-gender-affirming-primary-care-with-trans-and-non-binary-patients/>

læringsressurser for helsepersonell i primærhelsetjenesten⁸. University of California, San Francisco har utarbeidet en retningslinje for oppfølging av personer med kjønnsinkongruens i primærhelsetjenesten⁹. Retningslinjen til den amerikanske hormonlegeforeningen er også en nyttig ressurs¹⁰.

Vi gjør også oppmerksom på at UpToDate er gratis å bruke for helsepersonell i Norge¹¹, og inneholder gode og oppdaterte oversikter over best practice under "Transgender women: Evaluation and management".

⁸ <https://www.lgbthealtheducation.org/resources/in/transgender-health/>

⁹ <https://transcare.ucsf.edu/sites/transcare.ucsf.edu/files/Transgender-PGACG-6-17-16.pdf>

¹⁰ <https://academic.oup.com/jcem/article/102/11/3869/4157558>

¹¹ <https://www.helsebiblioteket.no/helsebiblioteket/aktuelt/tilgang-til-uptodate-fra-1.april-2020>